

University of Groningen

Evaluatie (H)erken wie ik ben. Cliëntervaringen bij Meriant.

Landsman-Dijkstra, Johanna; Fokkens, Andrea; Dijkstra, Geke; Pardoel, Zinzi; Finnema, Evelyn

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Publication date:
2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Landsman-Dijkstra, J., Fokkens, A., Dijkstra, G., Pardoel, Z., & Finnema, E. (2017). *Evaluatie (H)erken wie ik ben. Cliëntervaringen bij Meriant*. GZW-Applied Health Research UMCG.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Evaluatie (H)erken wie ik ben Cliëntervaringen Meriant

Resultaten evaluatie van de uitwerking van de visie van
Meriant op de ervaren kwaliteit van zorg

Evaluatie (H)erken wie ik ben Cliëntervaringen Meriant

**Resultaten evaluatie van de uitwerking van de visie van Meriant
op de ervaren kwaliteit van zorg**

dr. A.S. Fokkens¹
drs. Z.E. Pardoel¹
dr. G.J. Dijkstra¹
dr. E.J. Finnema²
dr. J.A. Landsman¹

¹Toegepast GezondheidsOnderzoek, Gezondheidswetenschappen, UMCG

²Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd, NHL

©TGO/UMCG

Colofon

Titel: Evaluatie (H)erken wie ik ben. Cliëntervaringen bij Meriant.

ISBN: 978-90-367-9897-6

Auteurs: dr. A.S. Fokkens, drs. Z.E. Pardoel, dr. G.J. Dijkstra, dr. E.J. Finnema en dr. J.A. Landsman

Uitvoering: Toegepast GezondheidsOnderzoek, Universitair Medisch Centrum Groningen/ Rijksuniversiteit Groningen. Adres: Postbus 196 9700 AD Groningen

Opdrachtgever: Hugo Broekman. Directeur Meriant

Website: <http://www.toegepastgezondheidsonderzoek.nl>

Contact: j.a.landsman@umcg.nl

Datum: juni 2017

Omslagfoto: De personen op de foto zijn niet de mensen uit de interviews . De rechter mevrouw is een bewoner bij Meriant en kiest heel zorgvuldig haar kleding. Ze vind het belangrijk dat ze mooie kleren aan heeft. De medewerker op de foto helpt haar daarbij.

Inhoudsopgave

1	Aanleiding en achtergrond	1
1.1	Aanleiding.....	1
1.1.1	<i>Opbouw van dit rapport (leeswijzer)</i>	<i>2</i>
1.2	Achtergronden	2
1.2.1	<i>Algemene ontwikkelingen</i>	<i>2</i>
1.2.2	<i>Visie van Meriant op de zorg: ‘(H)erken wie ik ben’</i>	<i>5</i>
1.2.3	<i>Waardigheid en Trots</i>	<i>6</i>
1.2.4	<i>Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.....</i>	<i>6</i>
1.3	Doel- en vraagstellingen van de evaluatie	7
1.3.1	<i>Doelstellingen</i>	<i>7</i>
1.3.2	<i>Onderzoeksvragen.....</i>	<i>7</i>
2	Methode van onderzoek	11
2.1	Gebruikte strategieën: ervaringsverhalen verzamelen.....	11
2.1.1	<i>Ervaringsverhalen cliënten: individuele interviews</i>	<i>12</i>
2.1.2	<i>Ervaringsverhalen verwanten: groepsgesprekken</i>	<i>13</i>
2.1.3	<i>Ervaringsverhalen vrijwilligers en medewerkers.....</i>	<i>14</i>
2.1.4	<i>Spiegelbijeenkomsten met cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers.....</i>	<i>14</i>
2.2	Analyse-methode	15
3	Resultaten	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Resultaten onderzoeksvragen.....	19
3.2.1	<i>Onderzoeksvragen rondom thema ‘Vraag mij wat ik wil’</i>	<i>19</i>
3.2.2	<i>Onderzoeksvragen ‘Zelf blijven doen wat ik kan’</i>	<i>20</i>
3.2.3	<i>Onderzoeksvragen ‘Zelf bepalen’</i>	<i>21</i>
3.2.4	<i>Onderzoeksvragen ‘Mijn levensritme’</i>	<i>23</i>
3.2.5	<i>Aanvullende onderzoeksvragen.....</i>	<i>24</i>
3.2.6	<i>Overige resultaten</i>	<i>27</i>
3.3	Resultaten spiegelbijeenkomsten	28
4	Conclusies, discussie en aanbevelingen.....	31
4.1	Conclusies.....	31
4.2	Discussie	33
4.3	Aanbevelingen.....	35
5	Bijlagen: interviewschema, informatie, toestemmingsverklaring	39

1 Aanleiding en achtergrond

1.1 Aanleiding

De afgelopen jaren stond Meriant voor de uitdaging om te bezuinigen, maar ook te vernieuwen¹. In het kader hiervan zijn in het programma 'Het Roer om' onder andere bezuinigingen gerealiseerd. De zorg wordt kleinschaliger georganiseerd en van een aantal medewerkers is in 2016 afscheid genomen. Er zijn hoger opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden aangesteld om de steeds complexer wordende zorgvragen te kunnen beantwoorden. In 2016 is vernieuwing onder andere ook gerealiseerd door samen met de cliënten, familie en medewerkers de visie '(H)erken wie ik ben' te ontwikkelen en de uitvoering ervan te starten.

De uitwerking van '(H)erken wie ik ben' resulteerde in een meerjarig traject met als doel de zorg voor ouderen te innoveren vanuit het motto '(H)erken wie ik ben'.

- In '(H)erken wie ik ben' staat de wens van cliënten centraal. De vanuit de cliënt geformuleerde uitgangspunten van deze visie zijn: Vraag mij wat ik wil;
- Zelf blijven doen wat ik kan;
- Zelf bepalen en
- Mijn levensritme.

Hieronder is de figuur afgebeeld waarin deze visie wordt samengevat. In paragraaf 1.3 worden de achtergronden bij deze visie verder uitgewerkt.

Figuur 1: Visie '(H)erken wie ik ben'



Om de benodigde omslag te creëren voor het werken vanuit de visie '(H)erken wie ik ben', zijn personeelsleden geschoold en zijn zorgprocessen tegen het licht gehouden en aangepast aan de

¹ Uit Bedrijfsplan Meriant 2017-2010, 16 november 2016

geformuleerde uitgangspunten van deze visie. Zo wordt de intake nu steeds meer bij de cliënt thuis gedaan (afhankelijk van de afdeling) op basis van de thema's van '(H)erken wie ik ben' en is het Leefplan opgebouwd aan de hand van de nieuwe uitgangspunten. Aandacht en nabijheid is gecreëerd door te gaan werken in kleinere teams die een vaste groep cliënten ondersteunen.

Door het organiseren van de zogenaamde 'soep en broodjes' bijeenkomsten is de verbinding met de cliënt en zijn familie gezocht. Het doel van deze bijeenkomsten was het boven tafel krijgen van de behoeftes van cliënten en verwanten.

De directie van Meriant wil graag weten wat de veranderende werkwijze tot nu toe betekent voor de cliënten. De afdeling Toegepast GezondheidsOnderzoek van het Universitair Medisch Centrum Groningen (TGO/UMCG) is gevraagd om de evaluatie uit te voeren als onafhankelijke partij. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het Talmalectoraat van de NHL Hogeschool en de afdeling Onderzoek van Zorggroep Alliade. In dit rapport vindt u de resultaten van deze kwalitatieve evaluatie. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van interviews, focusgroepen en spiegelbijeenkomsten met cliënten, verwanten, vrijwilligers, en medewerkers.

Deze evaluatie vindt plaats in afstemming met andere onderzoeken die plaats vinden binnen Alliade/Meriant, namelijk naar de financiële gevolgen, het zelf roosteren, het Leefplan en de kwaliteitstool. De financiële gevolgen van 'Het Roer Om' en '(H)erken wie ik ben' en de ervaringen met het zelf roosteren worden in kaart gebracht door de afdeling Concern Control van Alliade (Tessa Verbeek). Het Leefplan en de ontwikkelde kwaliteitstool die wordt gebruikt op een paar afdelingen, worden geëvalueerd binnen Meriant door onder andere Esther Wiersma en Renate Westerink.

1.1.1 Opbouw van dit rapport (leeswijzer)

In hoofdstuk 1 wordt de achtergrond van ouderenzorg en de zorg binnen Meriant beschreven, gevolgd door de vraagstellingen van het onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt de methode van onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de resultaten aan de hand van de vier thema's van '(H)erken wie ik ben': "Vraag mij wat ik wil, zelf blijven doen wat ik kan, zelf bepalen en mijn levensritme". In hoofdstuk 4 worden de conclusies beschreven, met daaropvolgend de discussie en aanbevelingen..

Daarin wordt duidelijk hoe de organisatie *grip* kan krijgen op de kwaliteit van zorg: wat zijn sterke punten en wat zijn verbeterpunten en hoe kan ernaar gehandeld worden.

1.2 Achtergronden

De ontwikkelingen, achtergrond van de ouderenzorg en de zorg binnen Meriant worden in deze paragraaf beschreven.

1.2.1 Algemene ontwikkelingen

De ontwikkelingen in de samenleving gaan snel. Het aantal ouderen neemt toe. Net als hun zorgvraag, waarmee zij een beroep doen op de zorg bij Meriant. Het beleid vanuit de overheid is erop gericht dat mensen langer zelfstandig blijven en zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Er

hebben in het kader daarvan de afgelopen jaren een aantal belangrijke wetswijzigingen plaatsgevonden. Mensen die gedurende langere tijd intensieve zorg nodig hebben, vallen nu onder de Wet Langdurige Zorg (WLz).

Daarnaast valt een deel van de zorg en behandeling onder de Zorgverzekeringswet. En wanneer je ondersteuning en/of begeleiding nodig hebt, is de gemeente verantwoordelijk via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Een basisprincipe van de WLz is dat we uitgaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Oftewel: regie naar vermogen. Kwaliteit van leven staat voorop. Het motto van de WLz is: met professionele zorg, zo lang thuis als mogelijk². Dus langer in de thuissituatie en de zorg wordt kleinschaliger.

Waar sprake is van dementie, kan de cliënt een beroep doen op een casemanager dementiezorg die hem en diens netwerk begeleidt en ondersteunt bij het regelen van de juiste hulp en zorg³. Ouderen met acute ernstige somatische problematiek kunnen gebruikmaken van geriatrische revalidatiezorg, een kortdurende opname op een gespecialiseerde afdeling, gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Dit vraagt een andere insteek voor de thuiszorg en een andere kijk op wonen. Voor permanente opname in een zorginstelling komen alleen ouderen in aanmerking met ernstige chronische somatische aandoeningen of psychogeriatrische aandoeningen in een vergevorderd stadium. Dat wil zeggen dat er een absolute noodzaak is voor 24-uurs zorg en/of toezicht.

Als gevolg van deze aangescherpte toegangscriteria heeft de intramurale zorg te kampen met zwaardere en complexere zorgproblematiek dan voorheen. De complexere zorgproblematiek, in combinatie met de wens om het verblijf in een instelling 'zo gewoon mogelijk' te maken en aan te laten sluiten bij de beleavingswereld van de cliënt, heeft ook gevolgen voor de huisvesting. De toekomst voor de ouderenzorg ligt in kleinschalige woonvoorzieningen waarbinnen kleine groepen cliënten samen een gemeenschappelijk huishouden runnen, daarin ondersteund door professionele medewerkers. Dat vraagt andere vaardigheden en kennis.

Het uitgangspunt van de WLz is fundamenteel anders dan de voormalige AWBZ. Conform maatschappelijke ontwikkelingen doet de WLz een toenemend beroep op de individuele verantwoordelijkheid van elke burger om zelf regie te voeren over het eigen leven, in elke levensfase. De verantwoordelijkheid voor het eigen welbevinden ligt veel meer bij de burger zelf. In de uitvoering van zorg betekent dit een totale cultuurverandering. De zorgverlener neemt de zorg niet uit handen maar is ondersteunend aan het handelen van de cliënt zelf en diens eigen netwerk met verwanten en vrijwilligers. Pas als blijkt dat de eigen mogelijkheden en die van het netwerk niet toereikend zijn, komt de professional in beeld als ondersteuning. Dat vergt een heel nieuwe werkwijze, ook van de professionals die al langer in de zorg werken en niet op die manier zijn opgeleid.

² Ministerie van VWS, Memorie van Toelichting WLz, 10 maart 2014.

³ Landelijke Zorgstandaard Dementie. Casemanagement wordt sinds 1-1-2015 vanuit de aanspraak Wijkverpleging vergoed uit de ZVW.

Tegelijkertijd is de realiteit dat een aanzienlijk deel van de populatie van Wlzinstellingen dermate zorgbehoefstig is dat nauwelijks of geen sprake (meer) is van een gelijkwaardige dialoog tussen cliënt en zorgverlener. Mensen met dementie in een vergevorderd stadium zijn niet (meer) de zelfbewuste en geëmancipeerde gesprekspartners die regie over het eigen leven voeren⁴⁴. Toch is ook in deze situatie, of misschien wel juist in deze situatie, de rol van de zorgprofessional cruciaal in het samenspel tussen cliënt, verwanten, mantelzorgers, vrijwilligers en overig netwerk. Immers, juist vanuit professie kan een zorgprofessional het verschil maken om een menswaardig bestaan mogelijk te maken voor de allerswaksten, degenen die het meest afhankelijk zijn van zorg.

Vanuit zorginhoudelijk perspectief verschuift de focus van de zorg meer en meer naar kwaliteit van bestaan en welbevinden van de cliënt, behoud van gezondheid (vanuit het perspectief van Huber) en veel minder op het medische probleem, de aandoening van de cliënt en bijbehorende beperkingen of kwaliteit van geleverde zorg.

Mirella Minkman verwoordt het in haar rede bij de aanvaarding van haar ambt als hoogleraar Innovatie van organisatie en governance van de langdurende integrale zorg bij TIAS School for Business and Society (10 april 2017) als volgt:

“Mensen die voor langere tijd behoefte hebben aan zorg, hebben dikwijls vragen die verder reiken dan de zorg. Ze zijn gebaat bij een brede blik. Wie zijn ze? Wat hebben ze nodig om zich goed te voelen? Wat vinden ze belangrijk? Het vragen wat men belangrijk vindt doet er toe”.

Onderzoek laat zien dat wanneer professionals in de zorg (artsen, verpleegkundigen, eerstelijns zorgverleners en welzijnsmedewerkers) worden gevraagd zich in te leven in de situatie van een cliënt en deze situatie te beoordelen met een rapportcijfer, zorgverleners en ouderen verschillende cijfers geven. De cliënten waarderen hun kwaliteit van leven hoger dan medewerkers de kwaliteit van leven van cliënten inschatten. De onderliggende reden hiervoor is dat ouderen en zorgverleners andere waarden hechten aan de verschillende levensdomeinen⁵. De zorg beschouwen vanuit een integraliteitsprincipe betekent: starten bij de cliënt als mens en zijn behoeften. Niet de ziekte of beperking is leidend, maar het vraagstuk van deze ene persoon en

⁴ L. de Kwant, De echte problemen van de langdurige zorg. Medisch contact, 19 februari 2015, p.334-337. ⁵ Hofman C, Reitsma M, Stapersma E, Van Maar C, Minkman M (2016). Rapportage Netwerkindicatoren Dementie 2016. Samen Sterk: Goed voorbeeld doet goed volgen. Utrecht: Vilans.

Crespo M., Bernaldo de Quiros M., Gomez, M. & Hornillos, C. (2012). Quality of life of nursing home residents with dementia: a comparison of perspectives of residents, family and staff. Gerontologist, 52(1):56-65.

Gomez-Gallego M., Gomez-Amor, J. & Gomez-Garcia, J. (2012). Determinants of quality of life in Alzheimer's disease: Perspective of patients, informal caregivers and professional caregivers. International Pshychogeriatrics, 24(11)L1805-1815.

het nieuwe kwaliteitskader ouderenzorg. Deze drie bewegingen sluiten goed bij elkaar aan. Ze worden hieronder achtereenvolgens kort beschreven.

wat hij belangrijk vindt in zijn leven. Als je daar geen of te weinig oog voor hebt, kun je de essentie van de behoeftes missen. Omdat er wel behoefte is aan eigen regie terwijl de mogelijkheden die hier voor zijn tegelijk minder worden door een afnemende gezondheid.

Op al deze ontwikkelingen en kennis wordt ingespeeld binnen de visie van Meriant '(H)erken wie ik ben', binnen het landelijke programma 'Waardigheid en Trots' en in

1.2.2 Visie van Meriant op de zorg: '(H)erken wie ik ben'

Meriant biedt langdurige zorg en ondersteuning aan mensen met een grote mate van kwetsbaarheid die niet meer zelfstandig kunnen wonen. Meriant richt zich daarbij primair op ouderen en chronisch zieken die 24 uur per dag zorg in hun nabijheid nodig hebben.

Binnen Meriant bestaat vrijwel de gehele dienstverlening uit woonzorg (intramuraal), revalidatie en tijdelijke zorg. Zoals in de vorige paragraaf beschreven, wijzigt de intramurale zorg de komende jaren ingrijpend. Om ook in de toekomst de beste woonzorg te kunnen blijven bieden, wil Meriant hier tijdig op in spelen⁵. Meriant biedt daarnaast in de omgeving van haar locaties extramurale zorg in de thuissituatie en zoekt verbinding en samenwerking met zorgaanbieders in de regio die extramurale zorg bij de cliënt thuis leveren.

Bij het bieden van zorg en ondersteuning, is het **motto**: 'Meriant stelt de cliënt en zijn kwaliteit van leven centraal door de cliënt te ondersteunen bij het voortzetten van het leven zoals hij dit – gegeven de omstandigheden – wenst te leiden'. Daarmee is het uitgangspunt dat de cliënt zoveel mogelijk het dagelijks leven leidt dat hij wil leiden en dat de cliënt, al dan niet met ondersteuning van zijn familie zoveel mogelijk zelf de touwtjes in handen heeft.

Dat betekent concreet bijvoorbeeld voor:

- de plek waar de zorg verleend wordt, dat gestreefd wordt naar: thuisgevoel, locaties dicht tegen wijkcentra aan, een uitnodigende omgeving en kleinschaligheid (zoals keuken in de huiskamer, eigen voordeur);
- de wijze waarop de zorg verleend wordt: regelruimte, kleinschalig organiseren, persoonlijke aandacht en betrouwbaar en deskundig personeel;
- de wijze waarop de werkprocessen zijn ingericht: inrichting van processen rondom de cliënt (en de contactpersoon) van de cliënt is het centrale aanspreekpunt.

In '(H)erken wie ik ben' staat de wens van cliënten centraal. De vanuit de cliënt geformuleerde uitgangspunten van deze visie zijn (Zie figuur 1):

- Vraag mij wat ik wil;
- Zelf blijven doen wat ik kan
- Zelf bepalen en
- Mijn levensritme.

⁵ Uit: De cliënt centraal; visie op zorg. Meriant, 3 juli 2014.

1.2.3 Waardigheid en Trots

In februari 2015 presenteerde staatssecretaris van Rijn zijn plan 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' als startpunt om de ouderenzorg in Nederland te verbeteren. Speerpunten hierbij zijn kwaliteit door de ogen van de cliënt, de deur wagenwijd open voor mantelzorgers, trotse zorgverleners en ruim baan voor goede verpleeghuizen met ambitie.

'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' sluit volledig aan bij de visie van Meriant '(H)erken wie ik ben'. Daarnaast doet Meriant mee met de Best Practice Pilot van Waardigheid en Trots en heeft uit dien hoofde extra financiële middelen toegekend gekregen voor zinvolle dagbesteding en deskundigheidsbevordering.

Pilot best Practice

Meriant is een van de 150 zorginstellingen die deelneemt aan het vernieuwingsprogramma van Waardigheid en Trots. Dit programma is een initiatief van het ministerie van VWS en de Taskforce 'Waardigheid en Trots', bestaande uit onder andere de brancheorganisatie Actiz, Zorgverzekeraars Nederland, de IGZ en het zorginstituut. Binnen het thema 'meten en verantwoorden van kwaliteit' heeft Meriant drie verbetervoorstellen gedaan:

1. Door middel van gesprekskaarten op zoek naar de echte cliëntvraag; 2. De ontwikkeling van een 'ik-in-een-oogopslag' in het Leefplan van de cliënt;
3. De ontwikkeling van een kwaliteitstool voor zorgevaluatie en benchmarking.

In 2015 en 2016 zijn deze drie instrumenten ontwikkeld. De gesprekskaarten zijn op alle locaties in gebruik genomen. De 'ik-in-een-oogopslag' is tegelijk met het nieuwe Leefplan in 2016 bij Meriant breed ingevoerd. Voor de kwaliteitstool geldt dat een pilot is gedraaid op enkele locaties. Voor alle drie de instrumenten geldt dat momenteel evaluatie plaatsvindt.

Daarnaast heeft Meriant meerdere middelen, zoals de tovertafels, beweegboxen en fietsen aangeschaft voor de dagbesteding. Ook daarvan geldt dat er momenteel evaluatie plaatsvindt.

1.2.4 Kwaliteitskader verpleeghuiszorg

De deelnemers aan Waardigheid en Trots hebben samen met de Taskforce verpleeghuiszorg het afgelopen jaar gewerkt aan een nieuw kwaliteitskader verpleeghuiszorg dat eind 2016 is vastgesteld. Het consultatiedocument 'Kwaliteit in dialoog' is richtinggevend voor het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg en sluit goed aan bij de visie van Meriant⁶. De cliënt en de relatie tussen cliënt en professional staan hierbij centraal. De essentie is een maximaal behoud van zelfrespect, regie en kwaliteit van leven van de cliënt. Om deze doelstellingen te bereiken is het belangrijk te starten bij de cliënt.

Aandacht voor de bewoner in zijn of haar gehele menszijn staat centraal in het kwaliteitskader. En omdat de vraag van bewoners zich door de tijd heen ontwikkelt, is het een continu proces van

⁶ Kwaliteit in Dialoog - Kwaliteitskader ouderenzorg. Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover? Consultatiedocument, 2016.

afstemming. De wijze waarop een zorgorganisatie erin slaagt deze zorg te leveren vormt vervolgens de basis voor kwaliteitsbeoordeling en verantwoording. Het vertrekpunt voor verantwoording zijn de vragen, wensen en behoeften van bewoners. Zij zijn de belangrijkste gesprekspartner. Van systemen naar mensen, en dus van binnen naar buiten, dat is de beweging. En dat is uitgangspunt voor de aanpak van Meriant in haar visie en de uitwerking daarvan. Ook in de aanpak voor de evaluatie hiervan. Daarom is in de interviews ook gebruik gemaakt van de belangrijke onderwerpen zoals die ontwikkeld zijn binnen Meriant (zie figuur 1). Deze rapportage biedt belangrijke input voor de kwaliteitsrapportage zoals die beschreven staat in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg⁷ en zoals elke ouderenzorgorganisatie die jaarlijks op moet leveren.

1.3 Doel- en vraagstellingen van de evaluatie

In deze paragraaf worden de doelstellingen en de onderzoeksvragen weergegeven.

1.3.1 Doelstellingen

De doelen van de evaluatie van '(H)erken wie ik ben' zijn tweeledig:

- intern: weten waar Meriant staat en welke acties eventueel nodig zijn;
- extern: verantwoording naar buiten toe.

1.3.2 Onderzoeksvragen

Bij de opzet van deze evaluatie en de opbouw van dit rapport is rekening gehouden met de richtlijnen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg 'Samen werken en leren'. Belangrijk is daarbij dat dit rapport *zicht* en *grip* moet geven op de kwaliteit van bestaan van cliënten, op de (prettige) woonomgeving van cliënten en de ervaren gezondheid en de rol en ervaringen van cliënten, professionals en de organisatie hierin. Het rapport moet een integraal beeld geven.

De hoofdvragen zijn:

- A) Hoe ervaren cliënten, verwanten en vrijwilligers de kwaliteit van welzijn (inclusief wonen) en zorg binnen Meriant, vanuit het gezichtspunt van de cliënt?;
- B) Hoe ervaren medewerkers de veranderingen in de zorg in relatie tot de ervaringen van cliënten? en
- C) In hoeverre verhouden deze ervaringen zich tot de visie '(H)erken wie ik ben'?

Deze hoofdvragen zijn uitgewerkt in onderzoeksvragen die aansluiten op de vier uitgangspunten van de visie '(h)erken wie ik ben': "Vraag mij wat ik wil, zelf blijven doen wat ik kan, zelf bepalen en mijn levensritme". De vragen zijn gericht op: de cliënten zelf, de verwanten, de vrijwilligers en op de medewerkers. Om focus aan te brengen, is steeds geprobeerd de vragen zo te stellen vanuit de ervaring van de cliënten, ook bij de verwanten, medewerkers en vrijwilligers.

⁷ Zorginstituut Nederland; Samen leren en verbeteren. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zoals aangeboden aan de tweede kamer in januari 2017.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

In de vraagstelling van dit onderzoek is dus niet mee genomen wat de ervaringen zijn van verwanten, vrijwilligers en medewerkers *zelf* met de zorg bij Meriant. Het gaat om hoe cliënten de zorg ervaren.

Uitgewerkte onderzoeksvragen

Per uitgangspunt is een aantal vragen geformuleerd. Daarnaast is er een aantal aanvullende vragen opgesteld.

'Vraag me wat ik wil'

- 1) In hoeverre worden cliënten uitgenodigd aan te geven wat ze werkelijk belangrijk vinden?
- 2) In hoeverre hebben medewerkers zicht op wat cliënten belangrijk vinden?
- 3) In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 en wordt er invulling gegeven aan het uitgangspunt van de dialoog tussen medewerkers en cliënten om te bespreken wat cliënten werkelijk willen?
- 4) In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

Zelf blijven doen wat ik kan'

- 1) In hoeverre worden cliënten uitgenodigd zoveel mogelijk dingen zelf te blijven doen?
- 2) In hoeverre hebben medewerkers zicht op wat cliënten nog kunnen en willen?
- 3) In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 dat cliënten zelf nog zoveel mogelijk dingen kunnen doen?
- 4) In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

'Zelf bepalen':

- 1) In hoeverre worden cliënten betrokken bij de zorg die geboden wordt en hebben ze daar invloed op?
- 2) In hoeverre hebben medewerkers zicht op welke invloed cliënten willen op de zorg die ze krijgen?
- 3) In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 en wordt er invulling gegeven aan het uitgangspunt dat cliënten zoveel mogelijk zelf bepalen welke zorg ze krijgen?
- 4) In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

'Mijn levensritme':

- 1) In hoeverre worden cliënten in staat gesteld de dagen zo in te delen dat het past in het eigen ritme? (denk daarbij aan: kun je opstaan en naar bed gaan op de tijden die je wenst, kun je eten op de tijden die je wenst etc.).
- 2) In hoeverre hebben medewerkers zicht op wat het eigen ritme van cliënten is?
- 3) In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 en wordt er invulling gegeven aan het uitgangspunt dat het dagelijks leven voor cliënten zo optimaal mogelijk aan moet sluiten bij het 'eigen levensritme'?
- 4) In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

Aanvullende onderzoeksvragen:

- 1) In hoeverre zijn cliënten in het algemeen tevreden over de zorg die ze bij Meriant krijgen?
- 2) In hoeverre hebben cliënten vertrouwen in de medewerkers van Meriant?
- 3) In hoeverre zijn cliënten 'mee genomen' en voelen ze zich betrokken in de veranderingen van hoe de zorg is georganiseerd (denk aan ganggesprekken, brood-met-soep bijeenkomsten en dergelijke).
- 4) In hoeverre merken cliënten iets van de veranderingen? (als voorbeeld: meer persoonlijke aandacht, kleinschaliger georganiseerde zorg, meer verzorgenden).
- 5) Zo ja, welke veranderingen hebben ze gemerkt?
- 6) Hoe tevreden zijn ze over die veranderingen?
- 7) Specifiek voor de verwanten (met het oog op de steeds complexere zorg): in hoeverre helpen medewerkers om het gedrag en/of de ontwikkeling(en) die een cliënt door maakt, te begrijpen.

2 Methode van onderzoek

2.1 Gebruikte strategieën: ervaringsverhalen verzamelen

Om ervaringen goed in kaart te brengen, is gekozen voor individuele- en groepsinterviews⁸. Individuele interviews zijn gehouden bij cliënten, groepsinterviews bij verwanten, vrijwilligers en medewerkers. Daarnaast zijn er spiegelbijeenkomsten gehouden met cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers.

Doel van kwalitatieve interviews is dat de onderzoekers *leren van de data*; het gaat daarbij niet om grote hoeveelheden data. Bij elk gesprek dat wordt gevoerd met de respondenten komen (deels) dezelfde ervaringen naar voren. Op een gegeven moment wordt dan verzadiging bereikt als er bij een volgend gesprek niet of nauwelijks nieuwe inzichten bij komen.

Evers et al (2013) geven de volgende definitie van het kwalitatieve interview:

“Een kwalitatief interview is een vorm van informatieverzameling, waarbij de interviewer een of meerdere respondenten bevraagt op grond van een onderzoeksvraagstelling. Daarbij geeft de interviewer aan de respondenten ruimte voor uitweiding – in eigen woorden – over de door hen ervaren feiten, hun beleving, betekenisverlening en nuanceringen met betrekking tot het onderwerp van onderzoek en eventuele effecten daarvan op hun leven. De interviewer probeert daarmee de leefwereld van respondenten te begrijpen en te doorgronden.”

De hoofdvragen van dit onderzoek zijn:

- A) Hoe ervaren cliënten, verwanten en vrijwilligers de kwaliteit van welzijn (inclusief wonen) en zorg binnen Meriant, vanuit het gezichtspunt van de cliënt?;
- B) Hoe ervaren medewerkers de veranderingen in de zorg in relatie tot de ervaringen van cliënten? en
- C) In hoeverre verhouden deze ervaringen zich tot de visie ‘(H)erken wie ik ben’? Deze hoofdvragen zijn uitgewerkt in onderzoeksvragen die aansluiten op de vier thema’s van de visie: “Vraag mij wat ik wil, zelf blijven doen wat ik kan, zelf bepalen en mijn levensritme”. Steeds is daarbij getracht grip te krijgen op:
 - In hoeverre cliënten worden uitgenodigd aan te geven wat ze werkelijk willen;
 - In hoeverre medewerkers zicht hebben op wat cliënten willen;
 - In hoeverre er door medewerkers iets gedaan wordt met de inzichten uit de vorige vraag en invulling wordt gegeven aan het uitgangspunt van de dialoog tussen medewerkers en cliënten om te bespreken wat cliënten werkelijk willen; en
 - In hoeverre cliënten daarbij ook goed worden ondersteund door medewerkers.

⁸ Evers JC (2013) (red). ‘Kwalitatief interviewen: kunst én kunde’. Boom Lemma uitgevers, Den Haag

Daarnaast is een aantal overkoepelende vragen gesteld, zoals wat men in het algemeen vindt van de zorg bij Meriant, wat er goed gaat en wat er beter kan (zie ook paragraaf 1.3).

De vragen zijn gesteld aan de cliënten (voor zover dat mogelijk was), verwanten, vrijwilligers en medewerkers. Omdat het uiteindelijk gaat om de ervaringen van cliënten van Meriant, is steeds focus aangebracht op de ervaring van de cliënten, ook als met de verwanten, medewerkers en vrijwilligers gesproken werd. Verder is in de gesprekken gestuurd richting de uitgangspunten en geformuleerde doelen van (H)erken wie ik ben (zoals in het cirkelmodel weergegeven in de figuur in hoofdstuk 1), terwijl steeds het perspectief van de cliënt voorop stond en er voldoende ruimte voor de cliënten was om eigen ervaringen te delen.

Ook bij de analyse van de resultaten, werden de ervaringsverhalen gekoppeld aan de visie (h)erken wie ik ben. Daarnaast is een koppeling gelegd naar het kwaliteitskader verpleeghuiszorg Samen leren en verbeteren dat sinds januari is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland (zie www.zorginzicht.nl), zodat deze rapportage ook een bijdrage kan leveren aan optimale verantwoording naar buiten toe.

Hieronder worden de strategieën beschreven waarmee de ervaringsverhalen werden verzameld: individuele interviews, groepsgesprekken en spiegelbijeenkomsten.

2.1.1 Ervaringsverhalen cliënten: individuele interviews

Voor het verzamelen van ervaringen, is een semigestructureerd individueel interview (zie voor het interviewschema bijlage 1) uitgevoerd bij een dwarsdoorsnede van de drie doelgroepen binnen Meriant: revalidatie, somatiek en psychogeriatric/dubbelzorg. Er zijn 8 locaties en 60 teams. Elk team heeft andere kenmerken en er zullen verschillen zijn in de manier en voortgang van de implementatie van de nieuwe visie. Het is ondoenlijk om bij alle teams cliënten te interviewen. Daarom hebben de onderzoekers zich gericht op een steekproef uit elk van de drie doelgroepen.

De cliënten die werden geïnterviewd, zijn geselecteerd in overleg met de betreffende clusterhoofden van de afdelingen. Hierbij is gevraagd om zo mogelijk een brede selectie van cliënten te maken. Zowel cliënten met positieve ervaringen als cliënten met negatieve ervaringen. De cliënten zijn uitgenodigd voor deelname en geïnformeerd over het doel van het interview en de gang van zaken tijdens het interview door het clusterhoofd. Indien de cliënt wilde meewerken ondertekende de cliënt (of tekeningsbevoegde verwant) het toestemmingsformulier (zie bijlage 5 en 6) en kon het interview gepland worden.

Bij de drie groepen zijn eerst per groep, vijf individuele gesprekken/interviews gepland met cliënten. De genoemde onderzoeksvragen zijn niet als een vragenlijst 'afgewerkt' maar dienden als hoofdvragen, waarbij de interviewer trachtte een gesprek op gang te brengen in een vertrouwelijk sfeer. Het interview is opgenomen met een geluidsopname apparaat. Na afloop werd de geluidsopname volledig uitgeschreven en werden de resultaten geanalyseerd om te zien of verzadiging bereikt werd. Verzadiging betekent dat geen nieuwe resultaten meer worden gevonden bij een nieuw interview. Indien nog geen sprake was van verzadiging, werd er nóg een gesprek gevoerd en keek de onderzoeker opnieuw of er voldoende gegevens verzameld waren. Als op bepaalde onderdelen verzadiging op trad, werd op andere onderdelen verder

doorgevraagd. Zo is doorgedaan tot maximaal acht gesprekken per groep (revalidatie, somatiek, psychogeriatric/dubbelzorg), mits dat mogelijk was.

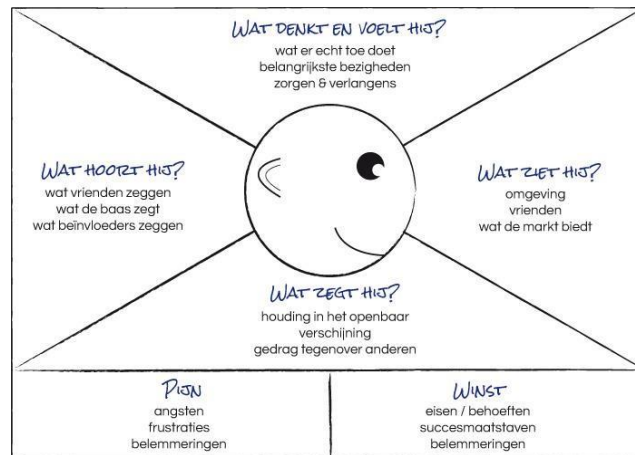
Voor de psychogeriatric groep waren specifieke aanpassingen nodig van het interviewschema. Deze groep vergde een andere aanpak als de andere twee groepen en is er rekening mee gehouden dat er gesprekken voorkomen waarbij geen of te weinig informatie verzameld kan worden. Bijvoorbeeld omdat iemand niet wil, ondanks toestemming vooraf of omdat iemand niets of weinig inhoudelijks zei. In overleg met het personeel werden mensen geselecteerd waarvan verwacht werd dat ze een dergelijk gesprek wel konden voeren.

2.1.2 Ervaringsverhalen verwanten: groepsgesprekken

Voor verwanten van de drie doelgroepen zijn groepsgesprekken georganiseerd (ook wel 'focusgroep' geheten). De verwanten van de doelgroepen somatiek en psychogeriatric/dubbelzorg zijn benaderd door clusterhoofden en zorgcoördinatoren van de desbetreffende afdelingen. Hierop volgend zijn informatiebrieven met uitnodigingen en toestemmingsformulieren verstuurd (zie bijlage). De verwanten van de doelgroep revalidatie zijn breed benaderd, namelijk door het versturen van de informatiebrief en uitnodiging aan alle, voor zover bekende contactpersonen van revalidatiecliënten, door het secretariaat van Meriant.

Een focusgroep is een speciale groep in termen van doel, samenstelling, grootte en werkwijze. Het is een homogeen samengestelde groep, bestaande uit zeven tot tien deelnemers (acht is ideaal) die een zorgvuldig geplande discussie voeren over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijze omtrent een omschreven aandachtsgebied. In dit geval de beschreven onderzoeksvragen. Omdat het moeilijk is om hierbij iedereen voldoende aan het woord te laten komen, werd gebruik gemaakt van de methodiek 'empathie mapping'⁹. Daarbij wordt per te bespreken thema een grote flap-over (zie figuur 2) gemaakt. De deelnemers worden (zonder verder overleg of discussie) in de gelegenheid gesteld over het desbetreffende thema hun gedachten op gele briefjes te zetten rondom de volgende vier vragen: wat zie ik ervan, wat hoor ik erover, wat denk ik ervan (en wat zijn mijn gevoelens daarbij) en wat doe ik er mee.

⁹ Osterwalder A, Pigneur Y (2009). *Design in business model generation* (p 122-195). Amsterdam: Modderman Drukwerk. En handleidingen op: <http://www.innovatiecentrum.be/downloads/customer-journey-map.html>



Figuur 2: schematische weergave van methode 'empathie mapping'

2.1.3 Ervaringsverhalen vrijwilligers en medewerkers

Ook voor vrijwilligers en medewerkers zijn focusgroepen georganiseerd. Een gespreksgroep met vrijwilligers die een dwarsdoorsnede vormen van de vrijwilligers bij Meriant. En een gespreksgroep voor medewerkers, zo goed mogelijk verdeeld over de locaties. De vrijwilligers zijn gevraagd en uitgenodigd via de vrijwilligerscoördinator van Meriant en de medewerkers zijn gevraagd en uitgenodigd via het secretariaat van Meriant. De vrijwilligers en medewerkers hebben voorafgaand aan het groepsgesprek een toestemmingsformulier ondertekend (zie bijlage 5).

2.1.4 Spiegelbijeenkomsten met cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers

Een spiegelbijeenkomst is een bijeenkomst waarin gedurende anderhalf uur met cliënten, familie en mantelzorgers wordt gesproken over hun ervaringen met en mening over de zorg¹⁰. Het doel van een spiegelbijeenkomst is medewerkers en vrijwilligers bewust te maken van het perspectief van de cliënt en familie/mantelzorgers en gebruik te maken van ervaringen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Tijdens het eerste deel van de bijeenkomst is een gespreksleider met drie betrokkenen (cliënt, familielid, vrijwilliger) in gesprek en zijn de overige aanwezigen (cliënten, familie en medewerkers) toehoorders. Zij mogen de eerste drie kwartier alleen luisteren en geen opmerkingen maken of vragen stellen. In het tweede deel van de bijeenkomst gaan de geïnterviewden en de familie, mantelzorgers en medewerkers die in de zaal zitten met elkaar in gesprek. Hierbij worden beide groepen uitgenodigd om met elkaar in dialoog te gaan en samen te spreken over: "wat gaat goed" en "wat kan beter".

¹⁰ In voor Zorg (2012). Spiegelgesprek. <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-VoorZorg!/map-tools/Spiegelgesprek.html>

Veiligheidsprogramma, VMS (n.d.). Evaluatie patientveiligheidsbeleid. Tool: Spiegelgesprek." <http://patientenparticipatie.vmszorg.nl/>

Wit, de, F., Mul, M., & Bal, R. (2008). Leren van patienten. Spiegelbijeenkomsten leveren zorgverleners nuttige feedback. Medisch Contact, 63(23).

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/leren-van-patienten.html>

Tijdens de spiegelbijeenkomst werd gesproken over hoe de stand van zaken bij Meriant is ten aanzien van de visie '(H)erken wie ik ben'.

De uitnodiging voor de spiegelbijeenkomsten (er waren twee data gepland) is breed uitgezet via het secretariaat van Meriant onder alle vrijwilligers, medewerkers en familie en mantelzorgers (eerste contactpersonen). Cliënten zijn geselecteerd door een clusterhoofd en er zijn voorgesprekken gevoerd met de cliënten en familieleden, waarmee de gespreksleider in het eerste deel van de bijeenkomst in gesprek ging. De gespreksleider wist op die manier al wat er leeft bij deze personen, zodat er tijdens de bijeenkomst voor gezorgd kon worden dat die onderwerpen in ieder geval aan bod kwamen.

2.2 Analyse-methode

De individuele gesprekken zijn opgenomen (na schriftelijke toestemming van de cliënt en bij de PG-groep ook na schriftelijke toestemming van een wettelijk vertegenwoordiger) en werden letterlijk uitgewerkt zodat alle citaten en ervaringen behouden bleven. Daarna werden de transcripten geanalyseerd met behulp van het kwalitatieve analyseprogramma Atlas-ti. Dit programma faciliteert de onderzoeker bij de analyse van de gesprekken. In Atlas.ti kunnen alle stukken tekst systematisch onderverdeeld en gecodeerd worden. Codes kunnen per tekstfragment gegeven worden en worden gebaseerd op de vraagstellingen en thema's. Het coderen is uitgevoerd door twee onderzoekers. Hiervoor hebben zij de uitgewerkte interviews verdeelt en onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Daaropvolgend hebben de onderzoekers de codes met elkaar vergeleken en in overleg eventuele aanpassingen en/of toevoegingen gedaan. Zo werden de algemene kenmerken gefilterd uit de gesprekken zodat, behalve de ervaringsverhalen, ook algemene en betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden over overeenkomstige resultaten gerelateerd aan de gestelde onderzoeksvragen.

De groeps gesprekken zijn geleid door twee onderzoekers, zodat een persoon het gesprek kon leiden terwijl de andere onderzoeker aantekeningen maakte. Er zijn opnames gemaakt om, als dat nodig mocht zijn voor de uitwerking, terug te kunnen luisteren. In principe werkte de notulist nog dezelfde week een verslag uit van de bijeenkomst dat werd aangevuld door de gespreksleider. Hierna werden ook deze gegevens geanalyseerd met het verwerkingsprogramma Atlas-ti.

Ook bij de spiegelbijeenkomst waren steeds twee onderzoekers betrokken: een onderzoeker die de bijeenkomst leidt en een onderzoeker die notuleerde.

3 Resultaten

Leeswijzer

Dit hoofdstuk begint met een weergave van de kenmerken van de deelnemers aan deze evaluatie. Daarna worden de thema's, met de daarbij behorende vraagstellingen herhaald en worden de resultaten gegroepeerd per deelnemersgroep: cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers. Bij iedere deelnemersgroep is een samenvatting gegeven van de bevindingen, gevolgd door enkele citaten. Vervolgens zijn de resultaten van de aanvullende onderzoeksvragen beschreven en overige informatie die relevant blijkt te zijn. Tot slot worden de resultaten van de spiegelbijeenkomsten in de laatste paragraaf beschreven.

3.1 Inleiding

Interviews cliënten

In totaal zijn 25 cliënten geïnterviewd, zestien vrouwen en negen mannen. Aan de doelgroepen revalidatie, somatiek, en psychogeriatric is de doelgroep dubbelzorg toegevoegd. Psychogeriatric en dubbelzorg zijn samengevoegd als één doelgroep, aangezien de problematiek, en daarmee de (on)mogelijkheid tot een gesprek in het kader van dit onderzoek, overeenkomt. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat geïnterviewd is per doelgroep, met daarbij de reden van uitval van opgegeven cliënten die niet geïnterviewd konden worden.

In de psychogeriatric/dubbelzorg groep zijn drie verwanten geïnterviewd, aangezien er op deze afdeling maar een cliënt geïnterviewd kon worden. Drie van de vier gesprekken met cliënten van dubbelzorg bleken inhoudelijk moeilijk te gebruiken. De informatie die wel gebruikt kon worden is verwerkt in de resultaten.

Tabel 1: Aantal en leeftijd geïnterviewde cliënten

Doelgroep	Aantal cliënten geïnterviewd	Gemiddelde leeftijd (range)	Gemiddelde woonduur (range)	Man/vrouw	Reden uitval
Revalidatie	6	79 (68 – 90)	2,5 maanden (1 maand – 10 maanden)	6 mannen 0 vrouwen	2 personen waren met ontslag, 1 in ziekenhuis
Somatiek	11	86 (58 – 104)	5,5 jaren (2 weken – 13,5 jaren)	2 mannen 9 vrouwen	1 persoon wilde niet meedoen
Psychogeriatric /dubbelzorg	8*	75 (51 – 92)	4 jaren (1 jaar – 10 jaren)	1 man 7 vrouwen	1 wettelijk vertegenwoordiger gaf geen toestemming
Totaal	25				

*Waarvan drie verwanten

Groepsgesprekken verwanten, vrijwilligers en medewerkers

Er hebben drie groepsgesprekken plaatsgevonden. Het eerste gesprek bestond uit een gesprek met een verwant van de doelgroep somatiek, gesprek 2 werd gevoerd met drie verwanten van de doelgroep psychogeriatric/dubbelzorg en een vrijwilliger en groepsgesprek 3 vond plaats met zeven vrijwilligers en de vrijwilligerscoördinator.

Tabel 2: Aantal deelnemende verwanten en vrijwilligers en reden voor afvallen

	Aantal deelnemers	Reden voor uitval
Verwanten Somatiek	1	2 personen verschenen niet
Verwanten Revalidatie	0	Er waren geen opgaven
Verwanten Psychogeriatric/dubbelzorg	4	
Vrijwilligers	7*	1 vrijwilliger kon uiteindelijk niet
Totaal	12	

*Waarvan een vrijwilligerscoördinator

Op de uitnodiging voor verwanten van revalidatie, die is uitgezet onder de contactpersonen van alle revalidatie cliënten, is geen enkele reactie gekomen. Een mogelijke reden hiervoor, zou kunnen zijn dat dat revalidatiecliënten kort in het verpleeghuis verblijven (drie weken tot drie maanden) en de meeste cliënten zelf mondig genoeg zijn om geïnterviewd te kunnen worden.

De zes vrijwilligers zijn actief op verschillende manieren, bijvoorbeeld: koken, spelletjes, wandelen en handwerken. Twee vrijwilligers zijn actief bij de afdeling psychogeriatric, één bij revalidatie en drie bij somatische afdelingen. Daarnaast was tijdens dit groepsgesprek de vrijwilligerscoördinator aanwezig.

Tot slot hebben acht medewerkers deelgenomen aan gespreksgroepen (zie tabel 3). Zes van de acht medewerkers hebben de omslag van de “oude werkwijze” naar de werkwijze volgens de visie ‘(H)erken wie ik ben’ meegemaakt. De andere twee medewerkers zijn in dienst gekomen nadat de omslag al gemaakt was.

Tabel 3: overzicht deelnemers groepsgesprekken medewerkers

Medewerker	Functie	Werkzaam doelgroep	Aantal jaren werkzaam
1	Zorgcoördinator	Somatiek	15
2	Verpleegkundige	Somatiek	1.3
3	Verzorgende	Psychogeriatric	11
4	Verpleegkundige	Psychogeriatric	0.3
5	Verzorgende	Somatiek	0.8
6	Verpleegkundige	Psychogeriatric	14
7	Verpleegkundige	Crisisopvang	16
8	Verzorgende	Dubbelzorg	1.5

Spiegelbijeenkomsten

Er hebben twee spiegelbijeenkomsten plaatsgevonden, waarbij met cliënten, familie, vrijwilligers en medewerkers is gesproken over hun ervaringen met en mening over de zorg. De resultaten van de spiegelbijeenkomsten worden in paragraaf 3.3 beschreven.

3.2 Resultaten onderzoeksvragen

3.2.1 Onderzoeksvragen rondom thema ‘Vraag mij wat ik wil’

De onderzoeksvragen rondom het thema ‘Vraag mij wat ik wil’ zijn:

1. In hoeverre worden cliënten uitgenodigd aan te geven wat ze werkelijk belangrijk vinden?
2. In hoeverre hebben medewerkers zicht op wat cliënten belangrijk vinden?
3. In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 en wordt er invulling gegeven aan het uitgangspunt van de dialoog tussen medewerkers en cliënten om te bespreken wat cliënten werkelijk willen?
4. In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

Cliënten:

Het merendeel van de cliënten geeft aan dat regelmatig gevraagd wordt wat hij/zij belangrijk vindt. Enkele cliënten geven aan dat dit niet gevraagd wordt. Zij hebben hier ook geen behoefte aan omdat dingen volgens hen altijd hetzelfde zijn, en er dus ook niet steeds naar gevraagd hoeft te worden. Ook zijn er personen die niet gewend zijn om aan te geven hoe ze iets willen of wat ze willen.

“Nee, maar dat weten ze zo langzamerhand wel. Het is altijd hetzelfde, dus dat hoeven ze niet te vragen. Als ik wel wat anders wil, dan zeg ik het.”

“Ja, er wordt absoluut geluisterd, ja hoor. Je kunt altijd komen als er iets is, of zo.”

“Nou, dat kun je wel goed doorgeven. En als je 's avonds iets zegt, dan gebeurt dat de volgende dag ook.”

Verwanten en vrijwilligers

De verwanten en vrijwilligers van de doelgroepen psychogeriatric en dubbelzorg geven aan dat het voor de cliënten nauwelijks mogelijk is om aan te geven wat zij willen, vanwege hun problematiek. Bij de doelgroepen somatiek en revalidatie is dat beter mogelijk en gebeurt dit ook, ondanks het feit dat cliënten het lastig vinden om hun wensen kenbaar te maken, aldus de verwanten en vrijwilligers.

“Bijvoorbeeld vroeger was het zo dat je nam wat er was en nu wordt je gevraagd wat vindt u lekker? En dan zeggen ze van ja maakt niet uit.”

Medewerkers

Alle medewerkers geven in het groepsgesprek aan dat de cliënt gevraagd wordt hoe hij/zij het wil. Dit thema komt voornamelijk terug in de keuze van het eten en het vragen van een boodschappenlijstje aan de cliënten. Ook het aansluiten van de activiteiten op de wensen van de cliënten wordt genoemd.

Hierbij komt naar voren dat er verschillen zijn tussen de afdelingen, aangezien bijvoorbeeld nog op drie afdelingen niet door de cliënten en/of medewerkers zelf gekookt kan worden. Door het niet zelf kunnen koken op deze afdelingen, is het voor medewerkers lastiger om aan te sluiten bij de wens van de cliënt, aangezien koken door medewerkers wordt gezien als belangrijke manier om aan wensen van cliënten te kunnen voldoen. Volgens een aantal medewerkers is het afhankelijk van de doelgroep in hoeverre het mogelijk is voor de cliënten om aan te geven wat zij graag willen.

“Per gang vragen wij wat de bewoner wil eten en drinken.”

“Vraag wat men wil en hoe wordt wel gedaan, maar door aandoeningen lukt dit vaak niet.”

3.2.2 Onderzoeksvragen ‘Zelf blijven doen wat ik kan’

De onderzoeksvragen rondom het thema ‘Zelf blijven doen wat ik kan’ zijn:

1. In hoeverre worden cliënten uitgenodigd zoveel mogelijk dingen zelf te blijven doen?
2. In hoeverre hebben medewerkers zicht op wat cliënten nog kunnen en willen?
3. In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 dat cliënten zelf nog zoveel mogelijk dingen kunnen doen?
4. In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

Cliënten

Het merendeel van de cliënten geeft aan zelf te doen wat ze kunnen, voor zover hun fysieke conditie dat toe laat. Medewerkers zijn op de hoogte van wat een cliënt zelf nog kan en wat niet meer. Daarnaast ervaren cliënten dat ze door medewerkers gestimuleerd worden om zoveel mogelijk zelf te blijven doen. Het valt cliënten op dat cliënten meer zelf zijn gaan doen sinds alle maatregelen in het kader van de nieuwe visie. Bijvoorbeeld als er een keuken is gebouwd, wordt er gekookt op de afdeling. Dit wordt als positief ervaren, cliënten vinden het fijn om zelf dingen te doen. Aangegeven wordt dat niet op elke afdeling zelf gekookt kan worden. Sommige cliënten geven aan het jammer te vinden dat het door hun fysieke conditie niet mogelijk is om meer zelf te doen.

"Ik kan me hier helemaal zelfstandig redden. En koffie zet ik zelf hier. En dat stimuleren ze ook. En ze halen mij op om dingen te doen."

"Wat je zelf kunt doen, moet je zelf doen en als u het niet kunt, nou dan belt u even en dan komt er wel een."

"Ja, ze weten wat ik zelf wel en niet kan"

Verwanten en vrijwilligers

Over het algemeen stellen de verwanten en vrijwilligers dat cliënten zelf blijven doen wat ze kunnen. De verwanten en vrijwilligers zijn wel verdeeld over de mate waarin cliënten hiertoe gestimuleerd worden door de medewerkers. Een aantal gespreksdeelnemers stelt dat dit te weinig plaatsvindt, terwijl een andere gespreksdeelnemer vindt dat er soms juist te veel druk wordt uitgeoefend om zelf dingen te doen.

Medewerkers

De meeste medewerkers stellen dat cliënten zoveel mogelijk gestimuleerd worden om zelf te blijven doen wat men kan. Medewerkers vragen bijvoorbeeld aan de cliënten die dit kunnen of zij willen meehelpen bij het afwassen, koken en de was opvouwen. Ook worden cliënten opgehaald om deel te nemen aan activiteiten. Wel geven zij aan dat dit afhankelijk is van de doelgroep, in hoeverre het mogelijk is om cliënten te stimuleren zoveel mogelijk zelf dingen te doen. Het is bijvoorbeeld de bedoeling dat cliënten zelf wassen, maar op veel afdelingen kan dat gewoon niet, of cliënten kunnen dat niet.

3.2.3 Onderzoeksvragen 'Zelf bepalen'

De onderzoeksvragen rondom het thema 'Zelf bepalen', zijn:

1. In hoeverre worden cliënten betrokken bij de zorg die geboden wordt en hebben ze daar invloed op?
2. In hoeverre hebben medewerkers zicht op welke invloed cliënten willen op de zorg die ze krijgen?

3. In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 en wordt er invulling gegeven aan het uitgangspunt dat cliënten zoveel mogelijk zelf bepalen welke zorg ze krijgen?
4. In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

Cliënten

De resultaten met betrekking tot het thema ‘zelf bepalen’ laten zien dat ongeveer de helft van de geïnterviewde cliënten stelt dat zij zelf kunnen aangeven hoe zij de zorg willen ontvangen. Cliënten bij wie dit niet het geval is, geven hiervoor als reden dat de verzorgenden op een gegeven moment wel weten hoe hij/zij het wil, waardoor vaste rituelen zijn ontstaan. Daarbij ervaren de meeste cliënten dat zij kunnen zeggen wanneer zij het anders zouden willen en dat ze hier tevreden over zijn. Een aantal andere cliënten geeft juist dat er *wel* regelmatig aan hen gevraagd wordt hoe zij het die dag willen. De cliënten aan wie dit *niet* gevraagd wordt, geven aan dit ook niet nuttig te vinden.

“Wil je niet dan ga je niet, dat kan je zelf helemaal beslissen.”

“Nee. En als ze het zouden vragen, zou ik niet weten wat ik zou moeten antwoorden.”

“Nou in het begin, bijvoorbeeld met de transfer van rolstoel naar postoel of naar het bed, werd er wel gevraagd: ‘Hoe wilt u het hebben zodat dat het beste gaat?’ Ik heb daar inderdaad wel een idee over en dat heb ik ook aangegeven. En tegenwoordig weten de meeste verpleegkundigen al bij voorbaat hoe ik het graag hebben wil. Dus dan hoef ik het niet meer uit te leggen.”

Verwanten en vrijwilligers

Het merendeel van de vrijwilligers en verwanten geeft aan dat de cliënten in principe zelf mogen bepalen hoe de zorg wordt geboden. Hierbij wordt wel meerdere keren genoemd dat dit voor sommige cliënten niet meer mogelijk is.

Medewerkers

De meeste medewerkers stellen dat de cliënten zelf kunnen bepalen hoe zij de zorg ontvangen en hoe zij het die dag willen. De mate waarin de faciliteiten er zijn, zoals een keuken waarin gekookt kan worden, speelt hierbij een rol.

“Wij koken niet zelf, cliënten vullen het voor twee weken in. Maar ja soms hebben ze daar dus geen zin in. Als je zelf kookt, kan je dat beter regelen.”

“Cliënten hebben eigen inbreng.”

3.2.4 Onderzoeksvragen 'Mijn levensritme'

De onderzoeksvragen rondom het thema 'Mijn levensritme', zijn:

1. In hoeverre worden cliënten in staat gesteld de dagen zo in te delen dat het past in het eigen ritme?
2. In hoeverre hebben medewerkers zicht op wat het eigen ritme van cliënten is?
3. In hoeverre is er door medewerkers iets gedaan met de inzichten uit vraag 2 en wordt er invulling gegeven aan het uitgangspunt dat het dagelijks leven voor cliënten zo optimaal mogelijk aan moet sluiten bij het 'eigen levensritme'?
4. In hoeverre worden cliënten daarbij ook goed ondersteund door medewerkers?

Cliënten

De meeste cliënten geven aan het eigen levensritme te kunnen bepalen. Hierbij worden voornamelijk de vrije keuze in de tijdstippen van naar bed gaan en activiteiten genoemd. Daarentegen zijn er een aantal cliënten van somatiek die stellen dat ze hun eigen levensritme niet kunnen bepalen. Zij benoemen in dat verband voornamelijk de tijdstippen van eten, opstaan en verzorging die vast staan. De meeste cliënten stellen echter dat zij de vaste tijden van eten fijn vinden, aangezien ze het gezellig vinden om met anderen te eten. Over het algemeen zijn de cliënten die aangeven niet hun eigen dagritme te kunnen bepalen, hier toch wel tevreden.

"Mag ik zelf bepalen. Dus ik kom nou van de nierdialyse, dan ga ik meestal gelijk op bed, maar de dagen dat ik geen dialyse heb mag ik heerlijk uitslapen."

Verwanten en vrijwilligers

Verwanten en vrijwilligers ervaren sinds het invoeren van de visie '(H)erken wie ik ben', dat de cliënten veel meer hun eigen levensritme kunnen bepalen. De verwanten en vrijwilligers bij de psychogeriatric en dubbelzorg geven echter aan dat het voor deze cliënten juist van belang is om een ritme te volgen en dat het daarom niet van toepassing is. Daarnaast vind de verzorging van cliënten op vaste tijdstippen plaats, waardoor cliënten bij hun dagindeling rekening moeten houden met deze tijdstippen. Dit maakt het lastiger voor cliënten om hun eigen levensritme te bepalen.

Medewerkers

De meeste medewerkers geven aan dat cliënten zoveel mogelijk hun eigen levensritme kunnen bepalen. Aan een eigen dagritme van cliënten wordt geprobeerd zoveel mogelijk tegemoet te komen maar door een hoge werkdruk is dit niet altijd mogelijk. Een cliënt kan bijvoorbeeld niet vijf dagen per week douchen, aangezien medewerkers niet voldoende tijd hebben om (altijd) zorg te verlenen op het moment dat de cliënt het wil.

"Zelf weten hoe laat ze naar bed gaan"

"Door de werkdruk wordt je soms gedwongen bewoners te verzorgen wanneer het jou uit komt. Dit is soms in strijd met wat zij zouden willen."

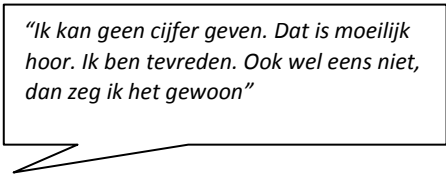
3.2.5 Aanvullende onderzoeksvragen

De eerste aanvullende onderzoeksvraag is:

1. In hoeverre zijn cliënten in het algemeen tevreden over de zorg die ze bij Meriant krijgen?

Op de vraag over hoe tevreden cliënten zijn over de zorg en dit in een cijfer uit te drukken, worden over het algemeen hoge cijfers gegeven.

Er zijn zes personen die een 7 of 7,5 geven, vijf personen die een 8 of 8,5 geven, twee cliënten die een 9 geven, en drie cliënten die een 10 geven. Het wordt door de cliënten wel als lastig ervaren om een cijfer te geven aan hoe tevreden ze zijn.



"Ik kan geen cijfer geven. Dat is moeilijk hoor. Ik ben tevreden. Ook wel eens niet, dan zeg ik het gewoon"

Vervolgens is gevraagd wat er zou moeten gebeuren om het cijfer hoger te laten worden. Ook werd gevraagd naar verbeterpunten. Deze twee vragen resulteren in een aantal verbeterpunten. Wat veel genoemd is dat cliënten graag meer personeel en meer tijd van personeel zouden willen. Cliënten geven daarbij vaak aan dat ze beseffen dat er weinig middelen zijn en dat het personeel hun best doet. Daarnaast werden de volgende verbeterpunten benoemd:

- Een vaste kracht tijdens eetmomenten die niet tegelijkertijd ook alle andere zorgvragen moet beantwoorden;
- Een milieuvriendelijker afvalbeleid;
- Een technische dienst of andere persoon waarbij je dingen kan aankaarten over bv ventilatie geluid;
- Een knutselhoekje;
- Meer personeel;
- Meer vaste gezichten;
- Meer activiteiten;
- Minder lang wachten;
- Een apart bel systeem voor nood;
- Er zou efficiënter gewerkt kunnen worden (als je er toch bent voor brengen medicatie, neem dan direct de plasfles mee);
- Paar keer mee gemaakt dat het alarm het niet deed;
- Minder personeelwisselingen;
- Cliënten meer betrekken;
- Meer naar buiten;
- Eten iets beter;
- Meer fruit;
- Zorg voor laagdrempelig contact met de huisarts/dokter;
- Andere indeling van de keukenkastjes, cliënt kan haast niet bij de borden;

- Beetje beter afstoffen, af en toe een grote schoonmaakbeurt;
- Er raken soms dingen kwijt in de was, dat kan beter;

Bij de genoemde verbeterpunten komen drie onderwerpen vaker naar voren: (1) het eten, (2) het belsysteem en (3) het lang moeten wachten op de verzorging:

(1) het eten

Met name de revalidatiecliënten geven aan dat het eten niet lekker smaakt en dat er weinig keuzemogelijkheden zijn. Daarentegen zijn de somatische cliënten over het algemeen juist heel positief over het eten.

(2) het belsysteem

Een ander onderwerp dat door meerdere cliënten wordt benoemd is het belsysteem. Dit omdat men vaak lang moet wachten op de verzorging. Cliënten hebben namelijk één bel, waarmee ze hulp kunnen oproepen. Deze bel wordt zowel gebruikt voor alledaagse dingen, zoals koffie als voor dringende zaken. Het probleem dat cliënten naar voren brengen, is dat wanneer cliënten bellen voor dringende zaken, zij soms (te) lang moeten wachten omdat men niet kan aangeven dat er iets dringends aan de hand is. Sommige cliënten geven aan alleen in noodgevallen gebruik te maken van het belsysteem terwijl er ook cliënten zijn die voor niet urgente zaken bellen.

(3) het lang moeten wachten op de verzorging

Een reden die voor het lang moeten wachten gegeven wordt door een aantal cliënten is de werkdruk en het personeelstekort. Hierdoor hebben de verzorgenden vaak niet de tijd om direct te reageren op een bel. De cliënten geven aan dat er een apart systeem zou moeten komen, één voor alledaagse dingen en één voor noodzakelijke, urgente hulp.

Tot slot is in het kader van tevredenheid de vraag gesteld waar cliënten blij van worden. Hierbij komen voornamelijk familie en/of vriendenbezoek, activiteiten en het gevoel dat er naar je geluisterd wordt, naar voren.

“En het is me een keer overkomen, toen was ik gevallen. Ik bel nooit, maar toen was ik gevallen en lag ik op de grond en kon niet opstaan. En toen heb ik lang moeten wachten”

“Als er spelletjes zijn. Dat je even van de kamer bent en dat je op andere gedachten komt”

De tweede aanvullende onderzoeksvraag is:

2. In hoeverre hebben cliënten vertrouwen in de medewerkers van Meriant?

De meeste gespreksdeelnemers geven aan vertrouwen te hebben in de medewerkers van Meriant. Hierbij komt een aantal keren naar voren dat het vertrouwen hebben in de medewerkers afhangt van de deskundigheid en dat dit verschillend kan zijn voor vaste en niet vaste medewerkers. Daarnaast wordt benoemd dat cliënten met sommige medewerkers meer een klik hebben dan met andere. Hierdoor hebben zij ook meer vertrouwen in die medewerkers.

“Maar ik vind het hier erg vertrouwd en goed. Ja. En als er iets is, dan is er altijd iemand die voor je klaarstaat”.

De derde, vierde, vijfde en zesde aanvullende deelvragen hebben betrekking op veranderingen, namelijk:

3. In hoeverre zijn cliënten 'meegenomen' en voelen ze zich betrokken in de veranderingen van hoe de zorg is georganiseerd (denk aan ganggesprekken, brood-met-soep bijeenkomsten en dergelijke);
4. In hoeverre merken cliënten iets van de veranderingen? (als voorbeeld: meer persoonlijke aandacht, kleinschaliger georganiseerde zorg, meer verzorgenden);
5. Zo ja, welke veranderingen hebben ze gemerkt?
6. Hoe tevreden zijn ze over die veranderingen?

Een aantal cliënten geeft aan veranderingen te hebben opgemerkt. Vooral somatiekcliënten, die vaak langer bewoner zijn, geven aan deze veranderingen te hebben gemerkt. Hierbij wordt bijvoorbeeld genoemd het meer zelf moeten doen en een toename van de persoonlijke aandacht aan cliënten. Cliënten van revalidatie en psychogeriatric kunnen hier lastig hun mening over geven.

"Ja, we moeten meer zelf doen, bijvoorbeeld dat koken"

"De verandering ook met dat ze een beetje de achtergrond van de persoon willen weten en kennen"

Wat betreft de invoering van ganggesprekken en brood-met-soep bijeenkomsten zijn er twee cliënten van somatiek die hiermee bekend zijn. De andere cliënten geven aan hier nog nooit gehoord van te hebben.

De laatste aanvullende deelvraag is:

7. In hoeverre helpen medewerkers om het gedrag en/of de ontwikkeling(en) die een cliënt door maakt, te begrijpen? Deze vraag was gericht aan verwanten.

Hierbij komt naar voren dat verzorgenden wel hun best doen om het gedrag en/of ontwikkeling(en) die een cliënt doormaakt, te begrijpen maar dat de werkdruk dit moeilijk maakt. Daarnaast neemt die werkdruk steeds mee toe, aangezien de cliënten die binnenkomen, een steeds slechtere gezondheid hebben. Alle verwanten geven echter aan dat de medewerkers het wel proberen.

"Je moet van elkaar weten wie je bent. Niet alleen vanuit hulpverlener, maar oprecht weten wie je bent. En wat ik zie, is enorme wisseling, dan weer een nieuwe en weer één weg en cliënten gaan zich wel hechten aan de mensen die daar werken. Vooral met oude mensen en dementie, moet stabiel blijven, zelfde gezichten. Ik zie dat ze veel werkdruk hebben en dan kun je niet iemand oprecht leren kennen"

"Op gegeven moment veranderde zijn dag en nacht ritme en dan kijken ze daar naar en passen ze dat meteen aan"

3.2.6 Overige resultaten



Figuur 3 : Visie '(H)erken wie ik ben'

Aan de hand van het bovenstaande figuur van de visie '(H)erken wie ik ben' is in de gesprekken nog een aantal onderwerpen besproken, die van belang kunnen zijn voor deze evaluatie.

Ten eerste komt "**persoonlijke aandacht**", een kernwaarde van de visie, naar voren. Wat persoonlijke aandacht betreft wisselen de ervaringen tussen de cliënten. Er wordt aangegeven dat je met de ene persoon nou eenmaal meer een klik hebt dan met de andere persoon. Daarnaast geeft een aantal cliënten aan dat er te weinig tijd, te weinig personeel, of te veel wisseling in personeel is om voldoende persoonlijke aandacht te kunnen ervaren. Ook zijn er cliënten die positief te spreken zijn over de persoonlijke aandacht die zij ontvangen.

Daarnaast zijn de meningen wat betreft de "**deskundigheid van de medewerkers**", ook een kernwaarde van de visie, over het algemeen positief. Volgens de verwanten en cliënten hangt dit samen met de mate waarin er "vaste gezichten" zijn, tevens een kernwaarde. Aangezien vaste medewerkers de cliënten kennen en beter weten hoe hij/zij de zorg willen ontvangen, ervaren zij de deskundigheid van vaste medewerkers als groter dan niet vaste medewerkers.

Het onderwerp "**activiteiten**" komt ook vaak aan bod in de gesprekken. De ervaringen omtrent het aanbod van activiteiten zijn wisselend onder de cliënten. Het merendeel van de cliënten is tevreden over het aanbod van activiteiten. Een aantal cliënten vinden het aanbod middelmatig of weinig, maar hierbij wordt wel aangegeven dat het persoonlijk is of je bepaalde activiteiten leuk vindt of niet. Een verwant geeft aan dat haar familielid gestimuleerd wordt om activiteiten te doen. De verwant ervaart dit als positief. Een aantal cliënten stellen dat zij ondersteund worden om deel te nemen aan de activiteiten en aan kunnen geven en zelf bepalen wanneer zij wel en wanneer zij niet deelnemen.

Vervolgens is het onderwerp “**thuisgevoel**” bij bijna elk gesprek aan de orde gekomen. De meeste cliënten ervaren een thuisgevoel. Het is eerst wel even wennen wordt aangegeven, ook omdat het besef er is dat het niet zonder reden is dat cliënten niet meer thuis wonen.

“En nu is het echt mijn huis. Maar het heeft een tijdje geduurd hoor, ik moest er zo aan wennen. Dat ik hier moest blijven tot ik de gedachte eigen had gemaakt dat dit mijn laatste huis zou zijn”

Tot slot komt de “**rol van het netwerk van cliënten**” in grote mate naar voren. De meeste cliënten geven aan dat de familie en vrienden ook praktische hulp bieden, zoals boodschappen doen, wassen en meegaan naar het ziekenhuis. De cliënten die aangeven geen bezoek of hulp te ontvangen van familie en/of vrienden stellen dat zij weinig familie en/of vrienden hebben.

3.3 Resultaten spiegelbijeenkomsten

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten van de spiegelbijeenkomsten besproken. Daarnaast wordt beschreven wat goed gaat, wat beter kan en tips om de visie ‘(H)erken wie ik ben’ nog meer in te integreren.

Een spiegelbijeenkomst is een bijeenkomst waarin gedurende anderhalf uur met cliënten, familie en mantelzorgers wordt gesproken over hun ervaringen met en mening over de zorg. Tijdens het eerste deel van de bijeenkomst is een gespreksleider met drie betrokkenen (cliënt, familielid, vrijwilliger) in gesprek en zijn de overige aanwezigen (cliënten, familie en medewerkers) toehoorders. Zij mogen de eerste drie kwartier alleen luisteren en geen opmerkingen maken of vragen stellen. In het tweede deel van de bijeenkomst gaan de geïnterviewden en de familie, mantelzorgers en medewerkers die in de zaal zitten met elkaar in gesprek. Hierbij worden beide groepen uitgenodigd om met elkaar in dialoog te gaan en samen te spreken over: “wat gaat goed” en “wat kan beter”.

Belangrijkste resultaten

- 1. Merkbaar verschil sinds ‘(H)erken wie ik ben’**
Meer reuring, levendigheid, persoonlijke aandacht;
- 2. Verschil van implementatie tussen afdelingen en locaties**
Op het gebied van eten, persoonlijke aandacht enzovoort;
- 3. Medewerkers hebben te weinig tijd om de visie in praktijk te brengen**
Er is geen tijd om persoonlijke aandacht te geven;
- 4. De verbinding tussen cliënt, familie, vrijwilligers en medewerkers is belangrijk**
Samen kijken hoe de zorg zo goed mogelijk met elkaar verleend kan worden, passend bij de cliënt;
- 5. Het is belangrijk aandacht te hebben voor de achtergrond van cliënt**

Kijk ook naar wie de cliënt vroeger was en heeft meegemaakt;

6. Mensen komen op steeds latere leeftijd en met een steeds grotere zorgbehoefte' binnen

Dit vraagt meer tijd van het medewerkers.

Wat gaat goed

1. De zorg gaat mee in de veranderingen

Er is veel veranderd in de afgelopen periode en de medewerkers gaan hier goed in mee;

2. Positiever sinds visie '(H)erken wie ik ben'

Voorbeeld: koken en eten in de huiskamer zorgt voor gezelligheid en een gevoel van thuis;

3. Het gevoel van (h)erkenning neemt toe

Bij cliënten, familie, vrijwilligers en medewerkers;

4. De inzet van woonstudenten¹¹

De woonstudenten zorgen voor gezelligheid, vrijwilligerswerk;

Wat kan beter

1. Medewerkers zouden meer tijd moeten krijgen om cliënt te leren kennen

Hierdoor meer tijd om persoonlijke aandacht te geven. Hierbij geven cliënten ook aan dat zij naast de lichamelijke verzorging ook behoefte hebben aan aandacht voor de psychische kant. Bijvoorbeeld aandacht bij verwerking;

2. Familie van cliënten meer betrekken/meer communicatie

Hierdoor gevoel van vertrouwen voor de familie. Meer op de hoogte stellen. Hierbij wordt aangegeven dat er behoefte is aan communicatie doormiddel van moderne communicatiemiddelen, zoals Whatsapp of andere Social Media.;

3. Huiselijk gevoel creëren

Bijvoorbeeld: medewerkers aan tafel mee eten met cliënten en niet apart;

4. Zichtbaarheid medewerkers/aanspreekpunt

Soms is niemand zichtbaar aanwezig op de afdeling, soms onduidelijk naar wie je toe moet met bepaalde problemen of ideeën. Het is onduidelijk wie verantwoording heeft op dat moment;

5. Duidelijke wegwijzer voor cliënten en familie

Voor verwanten en cliënten is het vaak lastig om de weg te kunnen vinden en op de hoogte te zijn van waar en welke activiteiten er plaatsvinden. Voornamelijk voor revalidatie-cliënten en verwanten, die vaak kortdurend verblijven. Maak een spoorboekje en/of programmaboekje waarin dit staat beschreven.

6. Eenzaamheid cliënten

Cliënten ervaren het als vervelend dat er vaak niemand in de huiskamer zit, en blijven daarom in de eigen kamer.

¹¹ Studenten die voor lage kosten wonen in de zorgcentra, in ruil voor een aantal uren vrijwilligerswerk per week

4 Conclusies, discussie en aanbevelingen

Leeswijzer

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies beschreven. Hierop volgend zal een aantal aandachtspunten van de evaluatie aan bod komen in de discussie. Tot slot wordt op basis van de conclusies en de discussie een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Het doel van dit onderzoek was het evalueren wat de visie '(H)erken wie ik ben' heeft opgeleverd voor de kwaliteit van welzijn en zorg voor de cliënten. Dit is onderzocht aan de hand van de volgende hoofdvragen:

- A) Hoe ervaren cliënten, verwanten en vrijwilligers de kwaliteit van welzijn (inclusief wonen) en zorg binnen Meriant, vanuit het gezichtspunt van de cliënt?
- B) Hoe ervaren medewerkers de veranderingen in de zorg in relatie tot de ervaringen van cliënten?
- C) In hoeverre verhouden deze ervaringen zich tot de visie '(H)erken wie ik ben'?

Deze onderzoeksvragen zijn gericht op de vier thema's van de visie, te weten: 'vraag me wat ik wil', 'zelf blijven doen wat ik kan', zelf bepalen en mijn levensritme'. Dit is onderzocht aan de hand van ervaringsverhalen met 25 cliënten en vier verwanten van de doelgroepen somatiek, revalidatie en psychogeriatric/dubbelzorg, zeven vrijwilligers en acht medewerkers. Daarnaast zijn er twee spiegelbijeenkomsten gehouden met cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers.

4.1 Conclusies

De drie hoofdvragen van dit onderzoek worden grotendeels beantwoord aan de hand van de onderzoeksvragen in dit onderzoek.

Gekoppeld aan de hoofdvragen kunnen op basis van de resultaten **de volgende conclusies** worden getrokken:

- De kwaliteit van welzijn en zorg binnen Meriant wordt veelal als positief ervaren.
- Er wordt gestreefd naar een woon- en zorgsituatie waarin cliënten zoveel mogelijk het leven kunnen voortzetten zoals men dat wil.
- Sinds de visie '(H)erken wie ik ben' is ingevoerd ervaren cliënten, verwanten, vrijwilligers en vooral medewerkers veel veranderingen in de zorg. Deze veranderingen zijn volgens de gespreksdeelnemers zowel positief als negatief.

Positief zijn:

Toename van het herkennen en erkennen van de cliënt als het gaat om de onderscheiden thema's.

Negatief zijn:

Geconstateerde toename van de werkdruk waardoor het lastig kan zijn om de visie '(H)erken wie ik ben' in het geheel na te streven. Veel wisseling van personeel.

Opmerkelijk is dat de ervaringen van cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers niet noemenswaardig van elkaar afwijken. Ze vertellen uiteindelijk allemaal, nuanceverschillen daar gelaten, hetzelfde verhaal.

De werkdruk is een terugkerend onderwerp in zowel de interviews met de cliënten als alle groeps gesprekken. De visie '(H)erken wie ik ben' is gericht op het herkennen en erkennen van de cliënten. Dat vraagt tijd en aandacht van de medewerkers. Als gevolg van de hoge werkdruk hebben de medewerkers echter te weinig tijd door bezuinigen. Dit staat in conflict met elkaar.

Rondom het thema '**vraag me wat ik wil**', komt naar voren dat cliënten veelal worden uitgenodigd aan te geven wat ze werkelijk belangrijk vinden. Dit komt naar voren in de gesprekken met cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers. Hierbij geldt wel dat het voor cliënten vaak lastig is hun wensen kenbaar te maken, omdat zij dit niet gewend zijn te doen. Dit geldt nog sterker voor cliënten van psychogeriatric/dubbelzorg. Voor hen is het nauwelijks mogelijk om aan te geven wat zij willen, door hun problematiek. De bevindingen lijken erop te wijzen dat medewerkers zicht hebben op wat cliënten belangrijk vinden en daaraan zoveel mogelijk ook invulling proberen te geven. Hierbij merken werknemers op dat de mate waarin het mogelijk is aan te sluiten bij de wensen van cliënten, verschilt per afdeling, aangezien niet alle afdelingen de faciliteiten hiervoor hebben, zoals een keuken om zelf te kunnen koken. Tegelijk, er zijn ook manieren om aan te sluiten bij de wensen van cliënten zonder dat daar faciliteiten voor nodig zijn. Te denken valt aan de keuze voor verzorgingsproducten. Het valt op dat dit soort voorbeelden nauwelijks benoemd zijn door werknemers. Bovendien is het ook juist wenselijk om per huiskamer aan te sluiten bij de wensen van de cliënten. Per huiskamer kun je eigen ideeën van de doelgroep inzetten, en bewonersgericht handelen.

Cliënten worden zoveel mogelijk uitgenodigd '**zelf te blijven doen wat ze kunnen**'. Daarnaast blijken medewerkers op de hoogte te zijn van wat cliënten zelf kunnen en wat niet. Met betrekking tot het stimuleren van cliënten om zelf te blijven doen wat kunnen, zijn de meningen wisselend. Hierbij wordt de stimulatie soms door cliënten ervaren als te veel druk.

Rondom het thema '**zelf bepalen**' komt naar voren dat ongeveer de helft van de cliënten zelf kan aangeven hoe zij de zorg willen ontvangen en wordt betrokken bij de geboden zorg. Als cliënten niet betrokken worden, komt dat omdat de verzorgenden weten hoe de cliënt het wil, en zijn het gewoontes geworden.

Over het algemeen kunnen cliënten hun '**eigen levensritme**' bepalen. Wanneer er aangegeven wordt dat dit niet mogelijk is, worden tijdstippen van eten, opstaan en verzorging genoemd, die vaak vast staan. Hierbij komt naar voren dat cliënten vaste tijden van eten meestal fijn vinden, aangezien het gezellig is om met anderen te eten. Verwanten, vrijwilligers en medewerkers stellen verder dat het door hoge werkdruk soms lastig is om een eigen dagritme van een cliënt te volgen.

Wat betreft kernwaarde '**persoonlijke aandacht**' zijn de ervaringen wisselend. De tijd die medewerkers hiervoor hebben en aandacht voor lichamelijk verzorging en minder voor de psychische kant worden hier als aandachtspunten benoemd.

Samenvattend. Sinds de integratie van de visie ‘(H)erken wie ik ben’ wordt de uitwerking hiervan door cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers ervaren in het dagelijks leven en in de zorg. Veelal worden cliënten uitgenodigd om aan te geven wat ze willen, uitgenodigd om zelf te blijven doen wat ze kunnen, bepalen ze tot op zekere hoogte hoe zij de zorg ontvangen en kunnen zij zoveel mogelijk hun eigen levensritme volgen. Voor de doelgroep psychogeriatric/dubbelzorg zijn de thema’s op een andere manier van toepassing, omdat door de problematiek die hier speelt bijvoorbeeld het eigen levensritme niet altijd zelf bepaald kan worden.

4.2 Discussie

Voor deze evaluatie is gekozen voor kwalitatieve onderzoeksmethoden. Door deze benadering bestond de mogelijkheid om ervaringen van cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers tot in detail te onderzoeken. Door het houden van individuele interviews en groepsgesprekken is recht gedaan aan de rijkdom aan meningen, opvattingen, gevoelens en ervaringen.

De bevindingen zijn het resultaat van de ervaringen, ideeën en meningen van de gespreksdeelnemers. Alle gespreksdeelnemers hebben vrijwillig meegewerkt aan het onderzoek en hebben geïnformeerde toestemming gegeven voor deelname. De evaluatie is uitgevoerd door onderzoekers die onafhankelijk zijn van Meriant, waardoor de bevindingen zo min mogelijk zijn gestuurd of beïnvloed. De codering van de gesprekken is door twee onderzoekers gedaan, waarbij de coderingen van elkaar zijn gecontroleerd en in overleg zijn aangepast en aangevuld. Ook zijn na ieder gesprek de bevindingen van de onderzoekers onderling met elkaar besproken.

De bevindingen bij de verschillende groepen cliënten, verwanten, vrijwilligers en medewerkers wijzen allen in dezelfde richting voor wat betreft te trekken conclusies. Daarmee kunnen we zeggen dat de resultaten een betrouwbaar beeld geven van de werkelijkheid bij Meriant op dit moment.

Voor deze evaluatie zijn ook een aantal aandachtspunten te benoemen. De informatie uit de gesprekken bleek namelijk vaak oppervlakkig. Dat kan te maken hebben met moeite met het uiten van gevoelens. Onderzoek heeft aangetoond dat oudere patiënten/cliënten vaak moeite hebben met het uiten van hun behoeften omdat zij het gevoel hebben dat verzorgenden het altijd druk hebben¹². Hierdoor voelen oudere patiënten/cliënten zich vaak niet betrokken. Ook het geheugen kan parten spelen bij oudere cliënten als het gaat om het vertellen van ervaringen in het dagelijks leven.

De doelgroep valt bovendien onder een generatie die niet gewend is om zelf aan te geven wat men wil aan de medewerkers. Men vindt het wel prima hoe de dingen gaan. Hoewel de patiënten/cliënten omringd zijn door medewerkers die nauw toezicht houden op hun lichamelijke gezondheid, voelen ouderen zich vaak eenzaam als het om de persoonlijke gevolgen van hun

¹² Meide, H. van der, Olthuis, G. & Leget, C.J.W. (2015). Participating in a world that is out of tune: shadowing an older hospital patient. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18 (4), 577-585.

ziekte en opname gaat (van der Meide et al 2015). Wat een rol kan spelen in deze gevoelens van onzekerheid is:

- A) dat je het gevoel hebt dat de regie je wordt ontnomen omdat je zelf ook meer en meer het gevoel hebt dat je niks meer kunt,
- B) het gevoel van het verouderende lichaam wat nog eens wordt benadrukt omdat je zoveel zorg nodig hebt en in een zorginstelling wordt opgenomen en
- C) bij opname verandert je sociale omgeving, je leven wordt als het ware 'ontwricht' wat gevoelens van eenzaamheid kan geven en verwijdering van je gevoel van eigenwaarde.

Verder is het bekend dat ouderen beperkte gezondheidsvaardigheden hebben met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van bestaan¹³. Gezondheidsvaardigheden worden gedefinieerd als "De mogelijkheden die mensen hebben om informatie die gerelateerd is aan gezondheid te vinden, begrijpen, toe te passen en erover te communiceren met professionals in de gezondheidszorg om vervolgens de goede beslissingen te nemen om zo gezond en gelukkig mogelijk te leven"¹⁴. Om als zorgorganisatie en als professional daarbinnen zo goed mogelijk om te gaan met lage gezondheidsvaardigheden, is het van belang dit breed op te pakken met interventies die gericht zijn op zowel het individu en diens context als de professional en diens context¹⁵. Dat is ook wat er is gebeurd bij Meriant de afgelopen jaren. Belangrijk is echter dat men zich daarbij blijft realiseren dat het echt een uitdaging is om die oudere mensen met lagere gezondheidsvaardigheden, in ook nog eens een stressvolle situatie als ze net verhuisd zijn naar Meriant, écht zover te krijgen dat ze weten en zeggen wat ze willen¹⁶. De ervaring met de gesprekken met cliënten tijdens dit onderzoek is dat op vragen als "wat zou u willen" en "wat zou het cijfer hoger maken", cliënten het lastig vinden om antwoord te geven. Terwijl in het gesprek over hoe de dag eruit ziet voor hen, en als de cliënt wat langer spreekt in een vertrouwde sfeer er uiteindelijk wel aspecten naar voren komen waar ze in eerste instantie niet op gekomen waren. De tijd nemen, doorvragen en het gesprek aan gaan in een vertrouwde setting zijn hierbij belangrijke onderdelen.

Al deze dingen kunnen ervoor zorgen dat het, niet alleen in de zorg maar ook in dit onderzoek, lastiger is om met deze mensen tot de kern te komen van wat ze nou werkelijk wel en niet willen.

Er kunnen kanttekeningen geplaatst worden bij de betrouwbaarheid van de resultaten. Ten eerste zijn de cliënten geselecteerd door medewerkers intern bij Meriant. De onderzoekers hebben het belang van een brede selectie van cliënten aangegeven, maar dit kan niet gecontroleerd worden. Wel hebben de onderzoekers ervaren tijdens de gesprekken dat er sprake was van zowel positieve en negatieve ervaringen en een bepaalde variatie in personen. Wat dat betreft is er geen reden om aan te nemen dat er sprake is geweest van een bepaalde selectie.

¹³ Vogt D, Schaeffer D, Messer M, Berens EM, Hurrelmann K (2017). Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promot Int.* 2017 Mar 22. doi: 10.1093/heapro/dax012.

¹⁴ <http://healthliteracycentre.eu/all-about-hlce/our-vision-on-health-literacy/>

¹⁵ <http://healthliteracycentre.eu/all-about-hlce/the-hl-model-result-irohla/>

¹⁶ Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international* 2000; 15(3): 259-67

Daarnaast kan er een kanttekening geplaatst worden bij de informatie uit het groepsgesprek met de medewerkers. Het doel van dit gesprek was om ervaringen op te halen vanuit het perspectief van de cliënt. Hierbij kan niet voorkomen worden dat medewerkers het vanuit hun eigen perspectief vertellen.

Tot slot is het aantal cliënten die aan dit onderzoek mee gewerkt hebben in verhouding niet groot. Maar samen met de ervaringen vanuit de verschillende perspectieven (verwanten, vrijwilligers en medewerkers), die elkaar aanvullen en overeenstemmen maakt dat er voldoende informatie verzameld is om een goed beeld te krijgen van de ervaringen met de visie '(H)erken wie ik ben'.

Alles bij elkaar genomen geeft deze evaluatie een voldoende breed beeld van de ervaringen van de belangrijkste betrokkenen, cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers en medewerkers, over hoe Meriant er op dit moment voor staat met betrekking tot het uitwerken van de visie '(H)erken wie ik ben'. Op basis van de resultaten, conclusies en discussie worden onderstaand aanbevelingen gedaan.

4.3 Aanbevelingen

Het blijkt dat Meriant de goede richting opgaat als het gaat om de visie '(H)erken wie ik ben'. Het is een proces waarbij goede stappen gemaakt zijn en worden, een proces wat gaande is en tijd kost. Dit proces kan extra geholpen worden met behulp van onderstaande aanbevelingen die op basis van de resultaten en conclusies van dit onderzoek worden gedaan.

Aanbevelingen voor medewerkers

1 Ga in gesprek met elkaar om de verbinding met elkaar te vinden

- a. Het is belangrijk om meer duidelijkheid te creëren over de verwachtingen en de rol van de verwanten en de medewerkers. De familieparticipatie wordt nog te weinig besproken, waardoor onduidelijkheid bestaat over wat precies van wie verwacht kan worden. Volgens de medewerkers verwachten verwanten nog vaak dat de verzorgenden alles doen, waardoor taken, die van de verwanten worden verwacht, blijven liggen. Huishoudelijke dingen gebeuren soms niet (zoals keukenkastje schoonmaken) omdat onduidelijk is aan wie cliënten het moeten vragen. Wanneer in één van de eerste gesprekken duidelijk naar elkaar wordt gemaakt wat medewerkers en verwanten verwachten van elkaar, kan dit een bevordering betekenen voor het welzijn en woongenot. Met aandacht voor het feit dat de cliënt dit vaak niet uit zichzelf aangeeft, omdat de cliënt ervan uit gaat dat hier geen tijd voor is bij de medewerkers. De rol van de familie/verwanten/vrijwilligers is niet automatisch duidelijk voor iedereen.
- b. Om de visie meer uit te kunnen werken, zouden er regelmatig gesprekken moeten plaatsvinden met cliënt en familie. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan ieder half jaar een evaluatiegesprek waarbij de rollen en verwachtingen van elkaar meer te

verduidelijkingen. Dit kan tegelijk plaatsvinden met de halfjaarlijkse evaluatie van het Zorgplan met cliënt en familie.

- c. Op dit moment bestaat er weleens onduidelijkheid over de taken van vrijwilligers en medewerkers. Daarom is het van belang dat medewerkers en vrijwilligers onderling met elkaar in overleg gaan om meer duidelijkheid te krijgen over wat precies (van wie) verwacht kan worden.

2 Heb ook aandacht voor de kleine dingen waarbij rekening gehouden kan worden met wensen van cliënten

- a. Behalve 'grotere' dingen zoals zelf koken (waar faciliteiten voor nodig zijn), kan het principe 'Vraag me wat ik wil' ook toegepast in kleinere dingen zoals de keuze voor broodbeleg of verzorgingsproducten. Hierbij kan de familie ook een rol spelen, aangezien de familie vaak goed op de hoogte is over de persoonlijke (verzorgings-) producten van de cliënt.
- b. Omdat we nu weten dat cliënten snel tevreden zijn, ook al gaat het niet zoals ze zelf zouden willen, is het extra van belang te blijven vragen naar hoe cliënten dingen zelf gewend waren te doen. Dus doorvragen en niet snel tevreden zijn met een 'het is wel prima zo'. Daarmee kan nog meer worden aangesloten bij het principe 'Zelf bepalen'.
- c. Geef, naast de lichamelijke kant, ook aandacht aan de psychische kant van de cliënt. Cliënten geven aan dat zij naast de lichamelijke verzorging ook behoefte hebben aan aandacht voor de psychische kant. Bijvoorbeeld aandacht voor de verwerking van het verhuizen, ouder worden en hoe nu verder.

3 Heb specifieke aandacht voor gezondheidsvaardigheden van cliënten en verwanten.

- a. Ga op zoek naar communicatietechnieken die de medewerkers kunnen helpen om goed contact te krijgen met cliënten en verwanten en train hen om die technieken optimaal in te zetten. Te denken valt aan¹⁷:
 - i. Gebruik simpele taal.
 - ii. Praat rustig en langzaam.
 - iii. Vertel of vraag niet teveel tegelijk: prioriteren en beperken van informatie.
 - iv. Gebruik de Teach-back methode: stel vragen waarbij je een korte samenvatting geeft wat je terug hoort van de cliënt of verwant en check of het klopt zoals je het hebt samengevat.
 - v. Neem de tijd, ga het gesprek aan en vraag goed door. Herhaal informatie regelmatig, kom terug op wat je eerder hebt besproken.
- b. Ga op zoek naar oplossingen voor het naar boven krijgen van informatie bij cliënten over wat ze willen. Bijvoorbeeld uit de literatuur of bespreken in groep experts (oa medewerkers) samen. In de interviews kwam er vaak geen concreet antwoord op de vraag "wat zou u willen", wanneer vervolgens uitgebreid de dag besproken werd en daarop bij bepaalde punten doorggevraagd werd kwamen vaak wel dingen naar voren die cliënten anders zouden willen, of waar cliënten blij van worden. Creëer een

¹⁷ Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. BMC Medical Research Methodology 2014 (14) 42

vertrouwde setting waarin ruimte en tijd is om het gesprek met elkaar aan te gaan. Wellicht zijn er nog andere manieren om de informatie boven tafel te krijgen.

Praktische aanbevelingen

4 Het belsysteem/knopsysteem aanpassen.

- a. Momenteel zijn er op nog niet alle locaties meerdere alarmsystemen aanwezig. Op een aantal afdelingen is er een belsysteem die voor alles wordt gebruikt, zowel voor de koffie als voor een dringende situatie. Wanneer een cliënt op de knop drukt, is het voor medewerkers niet duidelijk of het gaat om een dringende of minder dringende zaak. Hierdoor kan het zo zijn dat iemand met een meer dringende zaak op bepaalde momenten te lang moet wachten. Voor de veiligheid en het welzijn van cliënten zou het van belang kunnen zijn om duidelijkheid te creëren in het gebruik van meerdere alarmsystemen. In de nieuwbouwplannen is de ontwikkeling van verschillende alarmsystemen meegenomen.
- b. Goede communicatie over het gebruik van het belsysteem is hierbij ook van belang, sommige cliënten gebruiken de bel alleen als er echt iets is, terwijl andere cliënten de bel veel vaker gebruiken. Dit zorgt ook voor onderlinge verdeling, “sommigen bellen voor ieder wissewasje, nou ik niet hoor!”.

5 Zoek naar verbetering van communicatie met cliënten en familie

- a. Maak een spoorboekje voor cliënten en familie. Op dit moment is het voor cliënten en verwanten vaak onduidelijk om de weg te kunnen vinden, te zien waar activiteiten plaatsvinden en aan wie zij dat kunnen vragen. Cliënten en verwanten zouden graag een programmaboekje willen met daarin welke activiteiten er zijn en waar die plaatsvinden, waar wordt gegeten en op welk tijdstip, bij wie moet ik zijn voor vragen op welk moment. Vooral voor revalidatie-cliënten en verwanten is het onduidelijk.
- b. Betrek/communiceer meer met de familie door middel van moderne communicatiemiddelen. Men wil graag moderne communicatiemiddelen gebruiken, zoals een familieapp of Social Media. Hierdoor kan de communicatie tussen familie en medewerkers sneller en gemakkelijker verlopen.
- c. Organiseer familie en/of lotgenoten bijeenkomsten. Hier blijkt grote behoefte aan te zijn. Familie zou graag ervaringen met elkaar willen delen en steun aan elkaar willen hebben. Dit geldt niet alleen voor de wat grotere bijeenkomsten maar juist ook kleinschaliger op huiskamer niveau. Maak een mogelijkheid voor communicatie tussen verwanten onderling, bijvoorbeeld met een prikbord per huiskamer.

6 Instrumenten die er zijn beter benutten en nieuwe instrumenten zoeken die ondersteunend kunnen zijn aan de visie

- a. Plaats een tovertafel op alle afdelingen om cliënten uit hun isolement te halen en ook om ze meer te laten bewegen. Volgens de gespreksdeelnemers is dit een leuke en waardevolle manier om met elkaar in gesprek te gaan.
- b. De SilverFit Mile (virtueel buiten fietsen of wandelen op een hometrainer of loopband) optimaal inzetten.
- c. Gesprekskaarten gebruiken (vormen de basis voor een gesprek en geven vorm aan een open gesprek).
- d. De Kwaliteitstool evalueren en bij positieve resultaten ook op andere teams inzetten waar dit past. Daarbij leren van de implementatie op de huidige teams zodat de tool op nieuwe teams efficiënt kan ingevoerd.
- e. Onderzoek doen naar andere mogelijke instrumenten en bijbehorende methodieken die ondersteunend kunnen zijn op de thema's van '(H)erken wie ik ben'.

Aanbevelingen van organisatorische aard

7 Zoek naar oplossingen voor de (te) hoge werkdruk vanwege te weinig personeel

- a. Door de bezuinigingen vanuit de overheid opgelegd, ervaren alle betrokken partijen een te hoge werkdruk. Men ervaart dat er te weinig personeel is voor teveel cliënten, en veel wisseling in personeel. In tijden van bezuinigen in combinatie met een stijgende en meer complexe zorgvraag is dit een dilemma dat niet zomaar op te lossen is. Al zijn er ook teams waar men in goed overleg met elkaar oplossingen bedenkt en uitvoert waardoor dit minder ervaren wordt als knelpunt. Door in gesprek te gaan met elkaar en met verwanten en vrijwilligers (de eerste aanbeveling) kunnen teams zelf zorgen voor meer verbinding en meer begrip. Werkdruk wordt dan mogelijk ook anders ervaren.
- b. Daarnaast kan in kaart gebracht worden in welke situaties cliënten vooral ervaren dat er lang gewacht moet worden, zodat hier specifiek aandacht voor is.

8 Volg het proces

- a. De ervaringen met de visie '(H)erken wie ik ben' laten zien dat de goede richting in gegaan wordt. Het is een proces dat tijd kost. Volg dit proces, ingebed in de werkprocessen, zodat de visie goed uitgewerkt en ingebed wordt.
- b. Volg de effecten van de tijd, waarin de visie naar verwachting steeds meer eigen wordt.
- c. En volg daarnaast het effect van bovenstaande aanbevelingen en breng eventueel nieuwe aandachtspunten in kaart.

5 Bijlagen: interviewschema, informatie, toestemmingsverklaring

Bijlage 1: Interviewschema

Thema	Hoofdvraag	Topics/doorvraag
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kunt u mij vertellen hoe uw dag er normaal gesproken uit ziet? 2. Waar wordt u blij van? 	<p>Wonen; Is er levendigheid/reuring?, Is er lekker en goed eten en drinken?, Heeft u een eigen plek? Is er een ruimte waar u anderen ontmoet? Heeft u ruimte voor uw eigen activiteiten? Heeft u een schone en nette kamer? Voelt u zich hier thuis?</p> <p>Welzijn Gezondheid Zorg Ondersteuning</p>
'Vraag me wat ik wil'	<ol style="list-style-type: none"> 3. In hoeverre wordt aan u gevraagd wat u belangrijk vindt? Op welke manier? Door wie? Wat vindt u hier van? Wordt er iets mee gedaan? 4. Wordt er naar u geluisterd? 5. Weten ze wat u belangrijk vindt? 6. Wat zou u willen? Wordt dat aan u gevraagd? Deelt u dat met iemand? Met wie? Wordt daar iets mee gedaan? 	<p>Belangrijk: ervaren zorg, ervaren welzijn, verzorging, zelf dingen kunnen doen, eten/drinken, woonsituatie, dag indeling, sfeer/omgeving, eigen plek</p> <p>Medewerkers: "kan ik verder nog iets voor u betekenen?"</p>
'Zelf blijven doen wat ik kan'	<ol style="list-style-type: none"> 6. In hoeverre lukt het u om zelf dingen te blijven doen? Op welke manier? 7. Is bekend wat u wel en niet zelf kan bij de verzorgende? Hoe geeft u dit aan? Wordt dat aan u gevraagd? Wordt daar iets mee gedaan? Wordt u ondersteund door verzorgenden om zoveel mogelijk zelf dingen te blijven doen? 	<p>Voldoende steun bij dingen die u niet zelf kan?</p> <p>Vindt u het fijn/belangrijk om dingen zelf te kunnen blijven doen?</p> <p>Zijn er dingen die u zelf zou willen doen, die de verzorgenden nu voor u doen?</p> <p>Wordt met u overlegd wat u zelf doet en wat de verzorgenden doen?</p>

'Zelf bepalen'	<p>8. In hoeverre kunt u zelf aangeven welke zorg u wilt? Hoe wordt dit bepaald? Kunt u dit zelf bepalen? welke dingen wel/niet? Wat vindt u hiervan?</p> <p>9. Hoe wordt aan u gevraagd hoe u het wilt vandaag?</p>	<p>Geboden zorg Kunt u voorbeeld noemen Ondersteuning medewerkers Ondersteuning familie/vrijwilligers Hoe wilt u het vandaag? Bv hoeveel brood, broodbeleg, eten, dag invulling, activiteit.</p>
'Mijn levensritme'	<p>10. In hoeverre kunt u zelf u dag indelen? Waarom wel/niet? Wat vindt u daar van? Bespreekt u dit? Met wie? Wordt daar iets mee gedaan?</p> <p>11. Wat vindt u van de persoonlijke aandacht die u ontvangt van medewerkers?</p> <p>12. Heeft u een thuisgevoel?</p>	<p>Opstaan, Douchen/toilet Eten/drinken Naar bed gaan Bezoek Activiteiten</p> <p>Vaste gezichten Betrouwbaar Deskundig</p> <p>Kleinschalig, keuken, woonkamer, vaste gezichten, kookmogelijkheden, kleine huishoudelijke klussen.</p>
<p>Aanvullende vragen</p> <p><i>Veranderingen</i></p>	<p>13. Bent u tevreden over de zorg bij Meriant? (Cijfer geven 0 t/m 10). Wat zou er moeten gebeuren om dit cijfer (nog) hoger te laten zijn?</p> <p>14. In hoeverre voelt u zich veilig? Waar heeft dat mee te maken?</p> <p>15. Wat vindt u belangrijk in de zorg? Bespreekt u dit met iemand?</p> <p>16. Als u iets wilt, aan wie vraagt u dit? Kunt u dit makkelijk aan iemand vragen?</p> <p>17. In hoeverre voelt u zich vertrouwd/veilig bij de verzorgenden van Meriant? Waarom wel/niet?</p> <p>18. Heeft u de afgelopen tijd/periode iets gemerkt van veranderingen?</p>	<p>Vaste verzorgenden? Bekende gezichten?</p> <p>Belangrijk: meer persoonlijke aandacht, kleinschaliger georganiseerde zorg, meer verzorgenden. Bent u wel/niet tevreden over de veranderingen? Voelt u zich betrokken in de veranderingen en bent u voor uw gevoel meegenomen in de veranderingen? Waarom wel/niet?</p>

	<p>(ganggesprekken, brood- metsoep bijeenkomsten). Wat voor veranderingen?</p> <p>19. Als u wat kon veranderen wat zou dat dan zijn? Hoe zou u verzorgd worden?</p>	
--	---	--

Bijlage 2: Informatiebrief cliënten

Informatiebrief evaluatie '(H)erken wie ik ben': Wat zijn uw ervaringen?

Geachte heer/mevrouw,

Het is belangrijk om een beeld te hebben van de zorg die u of uw naaste ontvangt bij Meriant en hoe het met u gaat. Daarom vindt een evaluatie plaats. Graag willen wij u met deze brief uitnodigen voor een gesprek waarin u uw ervaringen kunt delen. Door uw ervaringen te delen, kunt u een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg bij Meriant en het welzijn van de bewoners.

Met deze informatiebrief brengen we u graag op de hoogte van wat de evaluatie inhoudt en wat deelname voor u betekent. Lees de informatiebrief rustig door. Wanneer u na het lezen van de informatiebrief nog vragen heeft, kunt u terecht bij de onderzoekers. De contactgegevens kunt u vinden onderaan deze brief.

Wat is het doel de evaluatie?

Het doel van de evaluatie is het verzamelen van de ervaringen met de zorg bij Meriant. Met de verkregen informatie wordt duidelijk hoe de zorg ervaren wordt en of er eventueel aanpassingen nodig zijn zodat de bewoners zo prettig mogelijk verblijven bij Meriant.

Wat houdt deelname aan de evaluatie in?

Met een persoonlijk gesprek met een onafhankelijk onderzoeker en u als cliënt van Meriant of verwant van een cliënt willen graag uw ervaringen met de zorg bespreken. Dit gesprek zal ongeveer 30 minuten duren. De informatie uit de gesprekken blijft anoniem en wordt door ons vertrouwelijk behandeld. Voor het verwerken van de informatie wordt het gesprek opgenomen met een opnameapparaatje. De gesprekken vinden plaats in februari en maart. U beslist ten alle tijden zelf of u mee wilt doen. Het wel of niet mee doen aan deze evaluatie heeft geen enkele invloed op de zorg die u toekomt.

Meer weten of deelname aan evaluatie?

Binnenkort neemt één van de onderzoekers contact met u op. U kunt dan aangeven of u mee wilt doen. De onderzoeker kan dan ook eventuele vragen beantwoorden. Wanneer u besluit om deel te nemen, wordt er een afspraak gemaakt. De onderzoeker komt bij u op bezoek om in gesprek te gaan. Ook als u deelneemt, kunt u ten alle tijden besluiten niet meer mee te werken.

Contactgegevens

Projectleider:

Mw. Dr. Jeanet Landsman, senior onderzoeker, gedetacheerd bij afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van Zorggroep Alliade. Toegepast GezondheidsOnderzoek (TGO), UMCG Tel: 050-36316638 Mobiel: 06 303 12631.

E-mail: j.a.landsman@umcg.nl of j.landsman@alliade.nl.

Onderzoekers:

Mw. Dr. A.S. Fokkens, onderzoeker Toegepast gezondheidsonderzoek, UMCG
Tel. 050 363 2988

E-mail: a.s.fokkens@umcg.nl

Mw. Drs. Z.E. Pardoel, onderzoeksmedewerker Toegepast gezondheidsonderzoek, UMCG

Tel. Mobiel: 061345509

E-mail: zinzipardoel@gmail.com

Bijlage 3: Voorbeeld van informatiebrief en uitnodiging groepsgesprekken

Groepsgesprekken evaluatie (H)Erken wie ik ben

Beste verwant,

Voor de evaluatie van de visie van Meriant (*H)erken wie ik ben* worden in maart interviews met cliënten, spiegelbijeenkomsten en groepsgesprekken gehouden.

De uitnodiging voor de spiegelbijeenkomsten heeft u wellicht ontvangen. In deze spiegelbijeenkomsten wordt gelijktijdig met bewoners/familie/mantelzorgers gesproken over hun ervaringen tijdens de zorg.

Daarnaast worden groepsgesprekken georganiseerd voor verwanten alleen. Hier willen wij u graag voor uitnodigen. Het doel van dit groepsgesprek is het verzamelen van de ervaringen met de kwaliteit van de zorg voor cliënten bij Meriant. Tijdens het groepsgesprek kunt u uw ideeën, ervaringen en denkwijzen omtrent de zorg bij Meriant delen en gaat u hierover in gesprek met andere verwanten. De groep bestaat uit 8-10 verwanten.

Onder leiding van een onafhankelijke gespreksleider (dr Geke Dijkstra, TGO, UMCG) wordt gedurende twee uur gesproken over de ervaringen in de zorg. Hierbij worden alle deelnemers per te bespreken thema in de gelegenheid gesteld hierover hun gedachten en ervaringen te delen.

De resultaten van de evaluatie (interviews, gespreksgroepen en spiegelbijeenkomsten) worden gebruikt om inzicht te krijgen in de ervaringen met de kwaliteit van zorg voor de cliënten van Meriant. Daarnaast worden de resultaten gebruikt om eventuele aanbevelingen te doen voor de verbetering van de zorg. Dit wordt verwerkt in een rapportage voor Meriant en voor de bewoners en verwanten. De resultaten zijn niet terug te leiden naar de gespreksdeelnemers.

Wij nodigen u graag uit om deel te nemen aan dit groepsgesprek.

☐ Donderdag 16 maart van 14.00 tot 16.00 uur in De Linde in Anna Schotanus, Heerenveen
We zijn benieuwd naar uw ervaringen!

U kunt zich tot uiterlijk 15 maart aanmelden bij mw. Dr. A.S Fokkens Tel. 050 3616640. E-mail: a.s.fokkens@umcg.nl

Met vriendelijke groeten,
Onderzoeksteam UMCG

Contactgegevens

Projectleider:

Mw. Dr. Jeanet Landsman, senior onderzoeker, gedetacheerd bij afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van Zorggroep Alliade. Toegepast GezondheidsOnderzoek (TGO), UMCG Tel: 050-36316638 Mobiel: 06 303 12631.

E-mail: j.landsman@alliade.nl.

Onderzoekers:

Mw. Dr. A.S. Fokkens, onderzoeker Toegepast gezondheidsonderzoek, UMCG.
Tel. 050 3616640. E-mail: a.s.fokkens@umcg.nl

Mw. Drs. Z.E. Pardoel, onderzoeksmedewerker Toegepast gezondheidsonderzoek, UMCG Tel.
Mobiel: 0613455059. E-mail: zinzipardoel@gmail.com

Bijlage 4: Informatiebrief medewerkers

Evaluatieonderzoek (H)erken wie ik ben- 1^e kwartaal 2017

Beste heer/mevrouw,

Er gaat een evaluatie plaatsvinden van de visie '(H)erken wie ik ben' in opdracht van de directeur van Meriant Hugo Broekman. De evaluatie is gericht op de ervaringen van de cliënt, verwant en vrijwilliger en sluit aan bij de evaluatie van 'Het roer om' die wordt uitgevoerd door de afdeling Concerncontrol van Alliade. In deze brief brengen we u graag op de hoogte van deze evaluatie en wat hier bij komt kijken. Belangrijkste is dat we in gesprek willen gaan met cliënten, verwanten en vrijwilligers en dat we de medewerkers verder zo weinig mogelijk willen belasten met deze evaluatie. Bij de evaluatie van 'Het roer om' worden de medewerkers betrokken. Bijgevoegd is een stappenplan waarin duidelijk wordt wat er wanneer ongeveer plaats zal vinden en wie dit zal uitvoeren. Hieronder volgt puntsgewijs meer informatie over de evaluatie.

Het doel van de evaluatie:

- Intern: weten in hoeverre de uitgangspunten van '(h)erken wie ik ben' worden ervaren door cliënten, verwanten en vrijwilligers en welke acties eventueel nodig zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- Extern: verantwoording naar buiten toe van de ervaren kwaliteit van zorg en hoe Meriant er aan werkt om deze te optimaliseren.

Wie voert de evaluatie uit?

Afdeling O&O van Alliade, in samenwerking met Toegepast GezondheidsOnderzoek Universitair Medisch Centrum Groningen en het Talmalectoraat van de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.

Wat is de opzet van de evaluatie?

We gaan ervaringsverhalen 'ophalen' bij cliënten, verwanten en vrijwilligers. Er worden gesprekken gevoerd (15-24 in totaal) met cliënten van de drie doel groepen binnen Meriant: revalidatie, somatiek en psychogeriatric. Hoofdvragen zijn: hoe ervaren cliënten de kwaliteit van zorg bij Meriant, hoe ervaren ze hun kwaliteit van bestaan en in hoeverre verhouden deze ervaringen zich tot de visie '(H)erken wie ik ben'? Daarnaast worden er groepsgesprekken gehouden met verwanten en vrijwilligers. Deelnemers worden vooraf schriftelijk geïnformeerd en gevraagd een toestemmingsverklaring te tekenen voor de evaluatie (ofwel een wettelijk vertegenwoordiger). De onderzoeksgroep is contactpersoon voor vragen over de evaluatie vanuit cliënten en verwanten. U kunt onder andere bij hen terecht voor de uitgebreide opzet van de evaluatie.

Planning en eindproduct, wat levert de evaluatie op?

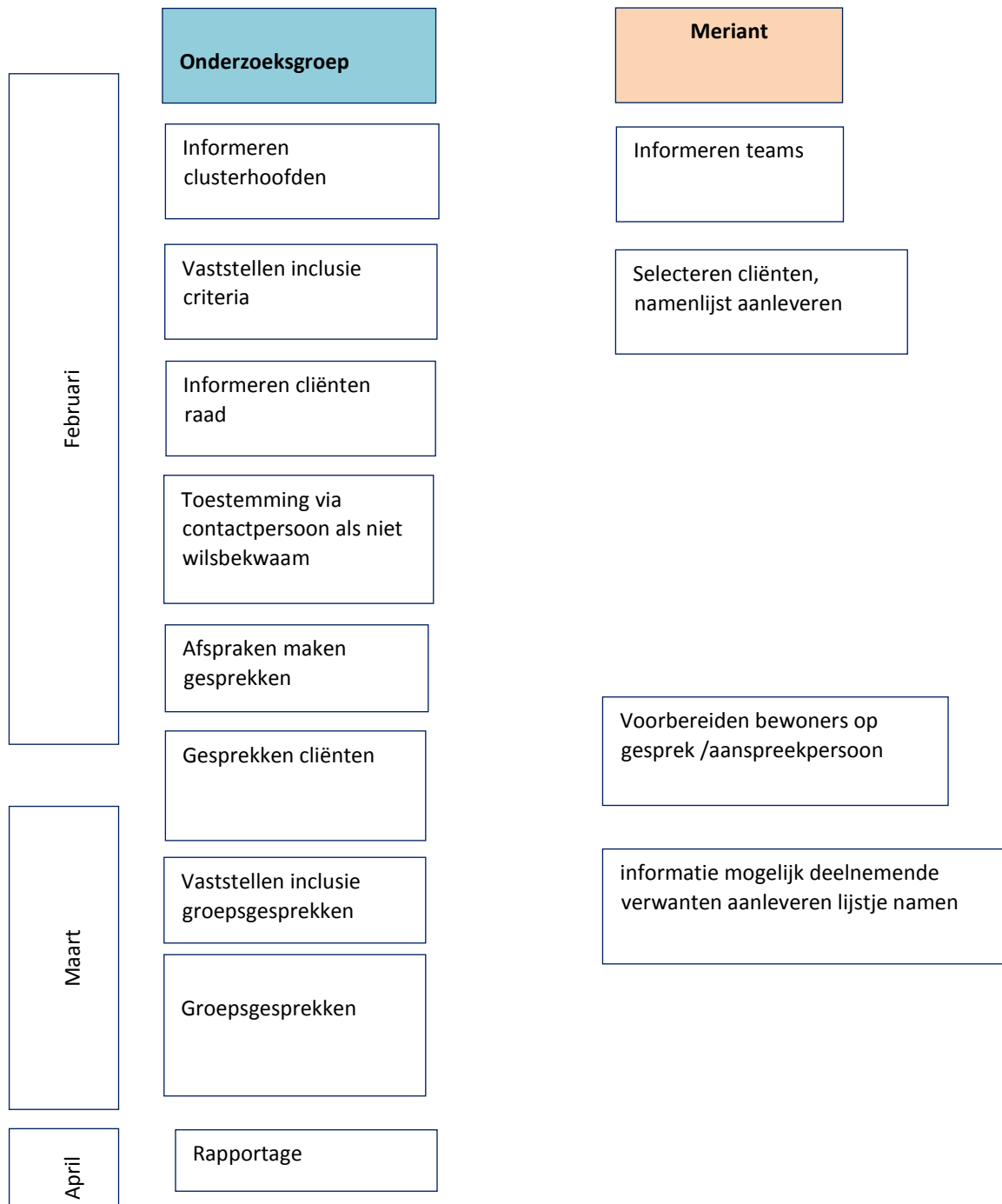
Het onderzoek wordt uitgevoerd in januari tot en met april 2017. Het project wordt afgerond met een onderzoeksrapportage met daarin een overzicht van de resultaten, conclusies en aanbevelingen voor verbetering van zorg.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit dr. Andrea Fokkens, drs. Zinzi Pardoel, dr. Geke Dijkstra van TGO-UMCG, Dr. Evelyn Finnema van het Talmalectoraat van de NHL en Ali Pit en dr. Jeanet Landsman van Onderzoek & Ontwikkeling Alliade. Indien u vragen /opmerkingen heeft kunt u contact opnemen met de projectleider Jeanet Landsman, senior onderzoeker,

gedetacheerd bij afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van Zorggroep Alliade. Toegepast
GezondheidsOnderzoek (TGO), Universitair Medisch Centrum Groningen,
Gezondheidswetenschappen. Tel: 050-36316638, Mobiel 06 303 12631. Mail: j.a.landsman@umcg.nl
of j.landsman@alliade.nl.

Stappenplan Evaluatieonderzoek (H)erken wie ik ben- 1^e kwartaal 2017



Bijlage 5: Informatiebrief medewerkers

Toestemmingsverklaring

Ondergetekende,

Meneer/mevrouwgeeft aan deel te nemen

aan een gesprek, onderdeel van de evaluatie '(H)erken wie ik ben'.

Daarbij geldt:

- Ik heb de informatiebrief voor dit onderzoek gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe. ☐ Ik ben duidelijk ingelicht over het doel van dit gesprek.
- Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit gesprek.
- Ik weet dat ik mij ten alle tijden kan terugtrekken uit dit onderzoek en kan afzien van dit gesprek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het eenmalig opnemen van het gesprek tussen mij en de onderzoeker.
- Ik weet dat de geluidsfragmenten eigendom zijn van het UMCG en dat ze zijn niet opvraagbaar zijn.
- Ik weet dat de geluidsfragmenten uitsluitend gebruikt worden voor dit onderzoek door het UMCG. Ze worden op geen enkele andere wijze gebruikt .
- Ik weet dat de geluidsfragmenten na afloop van het onderzoek worden vernietigd.
- Als iemand aanwezig is bij het interview, zoals bijvoorbeeld mijn partner, is deze verklaring ook geldig voor hem of haar.
- Ik geef toestemming om mijn antwoorden te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik doe mee aan dit onderzoek.

Naam:

Handtekening

Datum

...../...../.....

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens de evaluatie informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan direct op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __ **Bijlage 6:**

Toestemmingsverklaring wilsonbekwaam

TOESTEMMINGSVERKLARING*

Voor deelname aan de evaluatie: (H)erken wie ik ben

**VOOR DE WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER / SCHRIFTELIJK GEMACHTIGDE / ECHTGENOOT OF
ANDERE LEVENSGEZEL:**

Mij is gevraagd om toestemming te verlenen voor deelname aan bovenvermelde evaluatie door
Achternaam en voorletters :

Geboortedatum :

Ik ben naar tevredenheid over de evaluatie geïnformeerd en ik heb de schriftelijke informatie goed gelezen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over de evaluatie te stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik geef toestemming voor het eenmalig opnemen van het gesprek. Ik weet dat de geluidsfragmenten eigendom zijn van het UMCG en niet opvraagbaar zijn. Ik weet dat de geluidsoptname na afloop wordt vernietigd. Ik geef toestemming dat de verkregen informatie uit het gesprek gebruikt worden voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik stem toe met deelname van bovenvermeld persoon aan de evaluatie, zijnde een gesprek over zorg ervaringen.

Achternaam en voorletters :

Relatie tot de deelnemer :

Handtekening :

Datum:

Ondergetekende verklaart dat de hierboven genoemde personen over de bovenvermelde evaluatie geïnformeerd zijn. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt.

Naam : Functie :

Handtekening :

Datum: